

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1903-1904 — N° 112

---

TRAITEMENT  
PAR LA  
**LAPARATOMIE VAGINALE**

*de certaines formes de Péritonite tuberculeuse*

**CHEZ LA FEMME**

(De la Péritonite d'Origine annexielle en particulier)

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*Et soutenue publiquement le 16 janvier 1904*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

PAR

**Henri BAUD**

*Né à Bians-les-Usiers (Doubs), le 27 avril 1877*



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C<sup>ie</sup>  
3, rue Stella, 3

1904



TRAITEMENT  
PAR LA  
**LAPARATOMIE VAGINALE**

*de certaines formes de Péritonite tuberculeuse*

CHEZ LA FEMME

(De la Péritonite d'Origine annexielle en particulier)



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552402\\_0053](https://archive.org/details/IA41552402_0053)

TRAITEMENT  
PAR LA  
**LAPARATOMIE VAGINALE**

*de certaines formes de Péritonite tuberculeuse*

**CHEZ LA FEMME**

(De la Péritonite d'Origine annexielle en particulier)

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

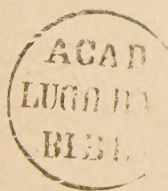
*Et soutenue publiquement le 16 Janvier 1904*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Henri BAUD**

*Né à Bians-les-Usiers (Doubs), le 27 avril 1877*



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C<sup>ie</sup>

3, rue Stella, 3

1904

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
LACASSAGNE . . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

### PROFESSEURS

|                                                          |                |
|----------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                            | { MM. LÉPINE.  |
|                                                          | BONDET.        |
|                                                          | BARD.          |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                        | { PONCET.      |
|                                                          | JABOULAY.      |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          | X...           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                       | GAYET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . | GAILLETON.     |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                 | PIERRET.       |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .              | WEILL.         |
| Physique médicale . . . . .                              | MONOYER.       |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .              | HUGOUNENQ.     |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                | CAZENEUVE.     |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                  | BEAUVISAGE.    |
| Parasitologie . . . . .                                  | LORTET.        |
| Anatomie . . . . .                                       | TESTUT.        |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 | RENAUT.        |
| Physiologie. . . . .                                     | MORAT.         |
| Pathologie interne. . . . .                              | TEISSIER.      |
| Pathologie externe. . . . .                              | AUGAGNEUR.     |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .          | MAYET.         |
| Anatomie pathologique . . . . .                          | TRUPIER.       |
| Médecine opératoire . . . . .                            | POLLOSSON (M.) |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              | ARLOING.       |
| Médecine légale . . . . .                                | LACASSAGNE.    |
| Hygiène . . . . .                                        | COURMONT (J.)  |
| Thérapeutique. . . . .                                   | SOULIER.       |
| Pharmacologie . . . . .                                  | FLORENCE.      |

### PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire . . . . . DOYON.

### CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                     |                           |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|
| Clinique des maladies des femmes. . . . .           | MM. POLLOSSON (A.) agrégé |
| Maladie des voies urinaires . . . . .               | CHANDELUX, —              |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx. . . . . | LANNOIS, —                |
| Propédeutique médicale . . . . .                    | ROQUE, —                  |
| Propédeutique chirurgicale . . . . .                | ROLLET, —                 |
| Propédeutique de gynécologie . . . . .              | CONDAMIN, —               |
| Anatomie pathologique . . . . .                     | DEVIC, —                  |
| Accouchements . . . . .                             | FABRE, —                  |
| Matière médicale . . . . .                          | MOREAU, —                 |
| Anatomie topographique . . . . .                    | DURAND —                  |

### AGRÉGÉS

|         |                |                |               |
|---------|----------------|----------------|---------------|
| MM.     | MM.            | MM.            | MM.           |
| ROUX.   | SIRAUD.        | BÉRARD.        | VILLARD.      |
| COLLET. | DURAND.        | SAMBUC.        | TIXIER.       |
| BOYER.  | PIC.           | BORDIER.       | FABRE.        |
| BARRAL. | PAVIOT.        | COURMONT (P.). | REGAUD.       |
| MOREAU. | NOVÉ-JOSSERAND | CHATIN.        | CAUSSE, ch... |
| VALLAS. |                |                |               |

M. X., Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, *Président* M. DURAND, *Assesseur*;  
MM. BÉRARD et VILLARD, *Agrégés*.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de mon affection et  
de ma reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A MES TANTES

AU DOCTEUR JOSEPH MEYNIER

Médecin principal de l'armée territoriale  
Officier de la Légion d'Honneur.

A MON EXCELLENT COUSIN ET AMI

LE DOCTEUR JEAN MEYNIER

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté  
de médecine de Lyon.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté  
de médecine de Lyon.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE BESANÇON  
ET DE LA FACULTÉ DE LYON.

## INTRODUCTION

---

La péritonite tuberculeuse d'origine génitale chez la femme, a été niée pendant longtemps par les gynécologues. C'est seulement en 1865 que Brouardel (1) dans sa thèse sur la tuberculose des organes génitaux de la femme, étudie en passant les altérations consécutives du péritoine. Il note 20 cas de péritonite tuberculeuse coexistant avec des lésions annexielles. En 1871, Peter publie dans la *Gazette des Hôpitaux*, une étude sur la pelvi-péritonite tuberculeuse. A partir de ce moment, les observations se multiplièrent, et les laparatomies successivement pratiquées montrèrent bientôt quelle étroite relation existe souvent entre la tuberculose du péritoine et les affections annexielles. C'est d'ailleurs de cette époque que date la distinction des pelvi-péritonites inflammatoires et des pelvi-péritonites tuberculeuses.

Après les travaux de Chéron (2), et les thèses de Maissia (3), Aldibert (4), Pic (5), Rosal (6) qui précise-

---

(1) BROUARDEL. — Thèse de Paris 1865.

(2) CHÉRON. — *Revue médico-chirurgicale des maladies de femme*, 1889.

(3) MAISSIA. — Thèse de Paris, 1889.

(4) ALDIBERT. — Thèse de Paris, 1892.

(5) PIC. — Thèse de Lyon, 1890.

(6) ROSAL. — Thèse de Paris, 1893.

rent encore ce fait pathologique, c'est au nom de Bouilly (1) que restera attaché l'histoire de la péritonite tuberculeuse dans sa localisation génitale. Le premier, en effet, il montra quelle était la nature réelle de cette affection que Cruvelhier avait déjà spécifiée et classée en l'appelant « l'ascite des jeunes filles ».

Citons encore les recherches toutes récentes de Mademoiselle Gorowitz (2) et de Dervaux (3) sur la tuberculose génitale. Nous trouvons en effet dans leur thèse, une étude approfondie de la pathogénie, de la tuberculose annexielle et péritonéale, une description détaillée de ses formes cliniques et de ses symptômes suivant l'organe où elle se localise.

C'est ainsi que se trouve comblée une lacune de presque tous les grands traités de gynécologie, où la tuberculose de l'appareil génital est à peine mentionnée.

Et pourtant ne la rencontre-t-on pas avec une extrême fréquence? N'acquiert-elle pas par le voisinage du péritoine pelvien une importance et une gravité exceptionnelles? Et partant ne mérite-t-elle pas qu'on la connaisse mieux et qu'on la traite avec plus d'énergie et de promptitude?

L'Ecole de Lyon a largement contribué au développement de l'important chapitre de la pathologie qu'est la péritonite tuberculeuse d'origine génitale ou autre. Mais c'est surtout sur le traitement chirurgical qu'elle a insisté et attiré l'attention.

---

(1) BOUILLY. — Société de chirurgie, octobre 1893.

(2) GOROWITZ. — *Revue de chirurgie*, 1901.

(3) DERVAUX. — Thèse de Paris, 1902.

En 1895, M. le Professeur agrégé Condamin publie dans la *Province Médicale* du 25 mai, l'observation d'une péritonite tuberculeuse d'origine annexielle, compliquant une pleurésie bacillaire avérée, qu'il a traitée avec succès par la colpotomie postérieure. Cette relation fit d'ailleurs le sujet d'une thèse sur la laparatomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelvienne.

Cette laparatomie pratiquée par une voie nouvelle fut expérimentée à nouveau par M. le professeur Jaboulay, qui obtint dans quatre cas de péritonite tuberculeuse avec ou sans point de départ annexiel, quatre succès incontestables.

La laparatomie vaginale est donc, comme nous nous efforcerons de le démontrer, un mode de traitement approprié à certaines formes de péritonite tuberculeuse observées chez la femme, et agissant avec la même efficacité et par le même mécanisme que la laparatomie abdominale.

C'est à M. le professeur Jaboulay, professeur de clinique chirurgicale, que revient l'idée première de ce travail et c'est sur ses enseignements que nous nous sommes guidé pour l'entreprendre. Nous saisissons cette occasion pour rendre hommage à sa haute science et pour le remercier de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le docteur Patel, chef de clinique chirurgicale, veuille bien lui aussi recevoir l'expression de notre gratitude pour sa précieuse et dévouée collaboration. Nous avons été très touché de l'obligeance et de

---

(1) DACLIN, E. — Thèse de Lyon, 1896.

l'amabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli et secondé.

Nous devons également des remerciements tout spéciaux à nos maîtres de l'Ecole de Besançon dont la paternelle direction nous fut si précieuse et les bons enseignements si profitables dans les débuts toujours ardu des études médicales.

## DIVISION

Cette étude comprendra cinq chapitres :

- I. Notions étiologiques sur la péritonite tuberculeuse et sur son origine annexielle fréquente chez la femme.
- II. Différentes formes cliniques de la péritonite tuberculeuse d'origine annexielle.  
Pronostic et complications.
- III. Traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparatomie. Indications de la laparatomie vaginale dans les différentes formes cliniques.  
Observations de laparatomie vaginale.
- IV. Efficacité et mode d'action de cette laparatomie et de la laparatomie en général d'après les dernières recherches expérimentales.
- V. Avantages de la laparatomie vaginale.  
Conclusions.

## CHAPITRE PREMIER

---

### **Etiologie**

La péritonite tuberculeuse est presque toujours secondaire à une lésion soit du poumon ou de la plèvre, par propagation à travers le diaphragme du processus infectieux, soit de l'intestin par extension des ulcères tuberculeux de cet organe. Habituellement aussi, l'infection du péritoine par le bacille de Koch a son point de départ dans les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux et mésentériques infiltrés de tubercules.

Ce n'est que chez la femme que le péritoine pourrait être infecté primitivement, le bacille s'étant introduit par les voies génitales jusqu'au péritoine. Mais il paraît difficile que le vagin, l'utérus, les trompes, les ovaires puissent transporter le bacille jusqu'à la séreuse qui les recouvre, sans être infectés par son passage. En effet, de nombreuses observations cliniques de pelvi-péritonite tuberculeuse montrent que l'utérus et ses annexes ont été le foyer primitif de l'infection.

Ceci admis, la tuberculose des organes génitaux de

la femme peut-elle produire par extension une tuberculose péritonéale plus ou moins étendue et semblable à la péritonite bacillaire commune ?

En 1878, Talamon (1) répondait déjà affirmativement en citant le cas d'une jeune malade morte d'une méningite tuberculeuse, à l'autopsie de laquelle il avait trouvé les lésions suivantes : l'appareil utéro-ovarien présentait des lésions tuberculeuses, l'utérus était triplé de volume et son col renfermait un tubercule. Le tout contenait un liquide vert, épais mais pas de caséum. Les trompes étaient oblitérées, les ovaires indurés, bosselés, entourés d'exsudats caséeux. A la coupe, ils paraissaient transformés en masses jaunâtres. Le péritoine pelvien était épaissi, noirâtre, tapissé d'exsudats épais. C'était bien une péritonite chronique suppurée, limitée au cul-de-sac de Douglas, de même caractère que la péritonite tuberculeuse, et en rapport avec la tuberculose génitale.

Quelques années plus tard Terrillon (2) confirme cette opinion : « la salpingite tuberculeuse, écrit-il dans le *Bulletin médical*, peut se compliquer de lésions de voisinage. Il est presque la règle de trouver des granulations tuberculeuses sur les parties du ligament large recouvrant la trompe. »

Tout aussi affirmatif est l'avis de Bouilly dont la compétence spéciale en cette matière l'amène à cette conclusion que « chez la femme la péritonite tuberculeuse

---

(1) TALAMON. — *Annales de gynécologie*, 1878.

(2) TERRILLON. — *Bulletin médical*, 1889.

semble avoir son point de départ dans une tuberculose des trompes. Cette tuberculose salpingée peut s'accompagner d'infection du péritoine pelvien et de la formation d'une ascite dont l'origine a dû être souvent méconnue (1). »

Des nombreuses études et observations publiées en France par Routier (2), Chandelux, Duret (3), et à l'étranger par Sippel, Uhland, Ferrari, Lauper (4), ressort cette même notion que dans la péritonite tuberculeuse de la femme, les lésions bacillaires de la trompe sont de règle.

C'est encore ce que démontrent les statistiques de Osler, Høene, Jøenicke.

Pour Osler (5), 40 o/o des péritonites tuberculeuses ont leur point de départ dans les lésions des annexes.

Høene (6) donne une proportion de 30 o/o. Celle de Jøenicke (7) atteint 70 o/o.

Pour que cette corrélation soit si fréquemment observée, il faut nécessairement qu'il y ait des causes prédisposantes à l'envahissement du péritoine par les lésions tuberculeuses des annexes. Nous les trouvons effectivement à deux sources :

Tout d'abord dans les affections des organes génitaux de la femme, salpingite, hématocele, etc., dans

---

(1) BOUILLY. — Société de chirurgie, 18 octobre 1893 (loc. cit.)

(2) ROUTIER. — Société de chirurgie, 1888.

(3) IN DERVAUX. — Thèse de Paris, 1902.

(4) FERRARI, LAUPER. — *Rev. de gynécologie*, mars-avril 1903.

(5) OSLER. — Tubercular Peritonitis, Johns Hopkins'Hosp. Record, 1890.

(6) HØENE. — Ueber Peritonéal tuberkulose, Inaug Diss. Rostock, 1889.

(7) JØENICKE. — *New-York medical record*, Ap., 1894.

l'infection puerpérale. Ce sont là autant d'infections qui s'attaquant plus ou moins à la séreuse péritonéale, en font un lieu de moindre résistance et facilitent sa pénétration par le bacille de Kock. L'influence de la puerpéralité est si évidente que dans la plupart des observations publiées, dans plusieurs des nôtres spécialement c'est presque toujours à la suite de fausses couches, ou d'accouchements éloignés normaux ou soi-disant tels, que les lésions annexielles et péritonéales se sont déclarées. Ces constatations n'ont d'ailleurs rien de surprenant, car on sait que le péritoine des accouchées est manifestement prédisposé à la tuberculose.

Mais ces lésions tuberculeuses ne se rencontrent pas que chez les femmes ayant un passé génital. La clinique révèle en effet bien des cas où la péritonite est apparue au moment de la puberté. Ne faut-il pas voir là cette seconde source d'infection que constituent précisément les modifications apportées à la circulation des organes pelviens par l'instauration menstruelle? L'apparition des règles ne se traduit-elle pas chaque fois par une congestion du petit bassin? Ce serait donc à la faveur de cette tension artérielle plus forte, de cette circulation plus active que l'agent infectieux pourrait facilement se transporter et se localiser.

L'origine annexielle de la péritonite tuberculose est ainsi explicable et admise chez la femme. On est donc en droit de se demander comment se fait l'infection, par quelle voie le bacille infectant parti de la trompe ou de l'ovaire est-il véhiculé jusqu'au péritoine. L'infection des organes génitaux peut se faire par voie ascendante, mais ce mode de transmission est rare : l'apport du

bacille par des instruments ou des mains septiques est évident dans certains cas. Quant à la contamination par le sperme, elle est possible, mais encore fort contestée.

La bacille de Koch peut arriver à la séreuse abdominale par trois procédés : 1° la propagation directe, par continuité des tissus, 2° la pénétration par voie lymphatique, 3° l'infection par la voie sanguine.

L'envahissement de proche en proche par continuité des tissus est un mode de progression naturel pour les bacilles fixés sur la trompe et l'ovaire. De ces organes il passe dans la séreuse qui les recouvre et par elle se répandent dans tout le péritoine. C'est d'ailleurs ce que Brouardel et Bouilly avaient bien précisé. Ce transfert de l'agent infectieux est d'autant plus facile que les adhérences entre l'appareil annexiel et les feuillets pariétal et viscéral de péritoine sont plus intimes.

Avec les adhérences apparaît le rôle de transmission de la voie lymphatique, transmission non plus continue et sur place, mais discontinue et à distance, à travers les petits vaisseaux lymphatiques qui, comme l'a montré Poirrier, composent presque exclusivement ces adhérences. Ce mode de propagation a été bien observé par Cornil et Rauvier, qui ont noté la présence du bacille de Koch dans les vaisseaux de jonction. Il paraît aussi être le plus fréquent, et la péritonite ne serait que la conséquence d'une lympho-adénite bacillaire.

L'infection peut se faire encore par voie sanguine. La voie artérielle est la porte d'entrée des agents pathogènes dans la péritonite tuberculeuse primitive. Dans

la péritonite secondaire, leur pénétration relève plus spécialement de la voie veineuse. Celle-ci paraît être, au même titre que le système lymphatique, le mode de propagation ordinaire vers le péritoine des germes partis d'une plaie placentaire ou d'un foyer annexiel. Ce qui l'expliquerait encore, c'est la disposition anatomique des réseaux veineux utéro-ovariens ou pampinniformes, qui communiquent en grand nombre avec les ramifications veineuses issues du ligament large.

---

## CHAPITRE II

---

### Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse

La péritonite tuberculeuse chirurgicalement curable se présente cliniquement sous deux formes : la forme aiguë et la forme chronique.

**Forme aiguë.**— Elle est le plus souvent liée à la granulie. Cette tuberculose miliaire aiguë peut n'être qu'un épisode de la tuberculose aiguë généralisée, mais elle peut aussi être primitive. La fièvre, les douleurs abdominales, le météorisme, les vomissements, l'ascite, la constipation, la paralysie vésicale (quand le péritoine qui recouvre la vessie est parsemée de granulations) en constituent alors les principaux symptômes.

Parfois l'éruption tuberculeuse du péritoine ne provoque pas grande réaction, au point de rester latente et de passer inaperçue au cours de la granulie.

A l'autopsie, on trouve la séreuse criblée d'une foule de granulations miliaires de petites dimensions ou de noyaux tuberculeux de la grosseur d'une lentille. La

cavité péritonéale contient une quantité plus ou moins abondante d'un liquide citrin, mais la séreuse ne réagit pas davantage.

Chez la femme, cette forme aiguë de la péritonite tuberculeuse banale, peut cependant revêtir un caractère plus spécial et faire présumer une origine génitale plus ou moins lointaine. Elle débute par des vives douleurs siégeant dans le petit bassin et s'irradiant dans les lombes. Le ventre est ballonné, les fosses iliaques douloureuses ; la malade est prise de nausées et de vomissements avec pyrexie. Le ballonnement abdominal est impossible à saisir ; il n'y a que du météorisme simulant l'obstruction intestinale. Si à ce moment on pratique le toucher vaginal, on s'aperçoit qu'il est douloureux, que le vagin est chaud, que les culs-de-sac sont effacés sans qu'il y ait cependant sensation de tumeur nette. Le tout dure quatre ou cinq jours, puis les symptômes s'atténuent et l'affection peut en rester là et disparaître, à moins que cette poussée aiguë ne conduise à la forme chronique.

**Forme chronique.** — C'est la forme de beaucoup la plus fréquente, la péritonite tuberculeuse étant presque toujours chronique d'emblée. Elle revêt trois types anatomiques et cliniques. Ce sont les formes ascitique, ulcéro-caséuse, fibro-adhésive ou fibreuse sèche, qui rappellent assez exactement l'hydarthrose, la tumeur blanche et l'ankylose de l'articulation du genou.

1° *Forme ascitique.* — Dans sa forme la plus ordinaire qui est celle de la péritonite tuberculeuse commune, on observe les symptômes de l'ascite vulgaire et les phéno-

mènes péritonéaux. A l'ouverture du ventre, on trouve un épanchement séro-fibrineux en quantité variable, le plus souvent libre. Le péritoine pariétal et viscéral est semé de granulations, et recouvert par endroits d'un exsudat fibrineux ; l'épiploon présente parfois de petites taches opaques tuberculeuses.

Quand la péritonite n'est que le retentissement de la tuberculose des trompes ou des ovaires, les lésions prédominantes de ces organes viennent bien souvent compliquer encore le tableau anatomo-pathologique de cette affection. Tantôt c'est l'infiltration granuleuse des ligaments larges, premier degré de la lésion, qui attire l'attention sur les organes pelviens. Tantôt c'est jusqu'au péritoine pelvien et au Douglas que s'est propagée l'infection partie des annexes. Tantôt leur tuberculisation est tellement avancée que l'on trouve la cavité tubaire remplie de pus ou de magma caséux ; les parois de la trompe sont infiltrées de granulations ou bourrées de tubercules. Enfin à mesure que l'infection se généralise, elle envahit l'épiploon, le mésentère, les anses intestinales, au point que toute la cavité est parsemée de granulations. Il se forme d'ordinaire des adhérences multiples si tenaces qu'on a beaucoup de peine à libérer les anses pour arriver jusqu'aux organes profonds.

La lésion dominante est l'épanchement ascitique qui peut être libre dans l'abdomen ou enkysté dans une poche constituée par les adhérences.

Le liquide épanché est de nature variable, mais le plus souvent citrin, opalescent, présentant d'après Tuffier et Milian, de nombreuses cellules nucléaires.

La quantité en est très variable et, comme l'a dit

Bouilly, n'a aucun rapport avec l'abondance et l'étendue de la lésion péritonéale. Cette quantité peut être insignifiante, constituer environ le contenu d'un verre, comme elle peut atteindre un volume fantastique qui a fait prendre cette ascite pour des kystes de l'ovaire. Ce serait même dans les cas de tuberculose limitée aux annexes et au petit bassin que l'on rencontre les épanchements de 10, 12 litres et plus. Et c'est surtout à ces cas que correspond la maladie désignée par Cruveilhier sous le nom « d'ascite des jeunes filles », appelée par Marfan « l'ascite curable de la grande enfance », et par Maurange « la péritonite chronique d'emblée des adultes. »

Notons aussi, que la variation de quantité de l'ascite est un phénomène qui se produit presque journellement. D'où une alternative de distension et de relâchement abdominal qui n'échappe pas à la malade et que l'on peut vérifier par plusieurs examens successifs.

*Symptomatologie. — Phénomènes subjectifs. —* Ils ne varient guère, que la péritonite soit ou non enkystée.

Cette forme chronique s'observe en général de 15 à 30 ans. Mais elle a été observée chez des sujets de 2, 3 et 5 ans. Elle ne frappe pas d'une façon beaucoup plus marquée les tuberculeux. La pleurésie coïnciderait très souvent avec la lésion péritonéale, d'après Fernet et Boulland qui ont décrit une tuberculose miliaire pleuro-péritonéale. Cette coïncidence serait la règle d'après Godelier dont la loi se trouve ordinairement vérifiée en clinique : quand il y a tuberculose péritonéale, il y a tou-

jours tuberculisation de l'une des deux plèvres. Dans deux de nos observations cette constatation est très nette.

Chez la jeune fille, la péritonite s'annonce presque toujours par des troubles menstruels qui marquent le début de l'affection. L'instauration menstruelle ne s'établit pas, ou bien les époques sont irrégulières, manquent complètement ou s'accompagnent de dyspnée nocturne et de sueurs profuses.

Chez la femme la péritonite survient à la suite d'une fausse couche, quelquefois même d'un accouchement normal. Mais l'influence des troubles menstruels est particulièrement remarquable dans les formes chroniques.

La péritonite tuberculeuse débute insidieusement par des phénomènes si peu accentués que ce n'est qu'au bout d'un an parfois qu'un médecin est consulté.

Le premier signe est la douleur ou plutôt une sensation de gêne, de malaise. Cette gêne peut toutefois être très vive, mais c'est rare. Pour quelques auteurs cependant et notamment pour Lauper, de Berne (1), la péritonite tuberculeuse n'est pas une affection indolore : 40 o/o des malades souffrent beaucoup. Le même auteur signale en outre des troubles gastro-intestinaux, urinaires avec répercussion sur l'état général et amaigrissement.

Après la douleur, apparaissent les troubles menstruels, dysménorrhée, aménorrhée, plus accentués que dans la

---

(1) LAUPER. — Thèse de Berne, 1901, *Gynecologia Helvetica*, 1902, p. 112.

salpingo-ovarite simple et probablement dus à une perturbation plus considérable de la circulation pelvienne. Ils surviennent surtout quand la marche de la maladie est très insidieuse. Fellenberg, de Berne (1), signale en plus des hémorrhagies profuses et un écoulement de flueurs blanches se produisant assez fréquemment.

Sotty (2) observe quelques cas rares, il est vrai, débutant par des poussées de péritonite simulant l'appendicite, avec douleurs vives, nausées, ballonnement du ventre et fièvre intense.

*Phénomènes objectifs.* — Le principal est l'augmentation de volume du ventre. Elle peut progresser pendant longtemps, mais il arrive fréquemment qu'elle prenne une allure rapide qui n'a manqué de frapper la malade. Cette brusque distension de l'abdomen serait souvent un signe important de diagnostic.

Les signes fournis par l'examen de l'abdomen varient selon que l'épanchement est libre ou enkysté. Quand l'épanchement est libre, le ventre est élargi, aplati, ventre de batracien. Les flancs sont mats, le reste de l'abdomen est sonore. La matité et la sonorité se déplacent avec les mouvements de la malade. La fluctuation existe, mais moins nettement que dans l'ascite cirrhotique : le flot est ici affaibli et brisé par les adhérences et les masses indurées. Si le liquide est peu abondant, on

---

(1) R.-V. FELLENBERG. — Thèse de Zurich, 1901, *Gynäkologia Helvetica*, 1902, p. 105.

(2) SOTTY. — Thèse de Lyon, 1901.

arrive à sentir des masses en gâteau, mais le fait est rare.

Dans les formes enkystées — et elles sont spéciales à l'ascite tuberculeuse — le ventre n'est plus aplati au centre, élargi sur les flancs, mais saillant en avant, déprimé sur les côtés : c'est le ventre en obusier.

A la percussion la matité correspond à la partie saillante, se prolonge quelquefois vers les régions inguinales, mais ne varie plus avec les changements de positions. Dans les cas où le cloisonnement a formé une poche antérieure, la matité occupe la région péri-ombilicale, épigastrique, et la sonorité reste localisée dans les flancs. De sorte que l'idée d'une tumeur abdominale, d'un kyste de l'ovaire surtout, se présente naturellement à l'esprit, et plus d'un clinicien s'y est trompé. Toutefois ces ascites enkystées ne donnent pas la sensation nette d'une véritable poche, bien délimitée, bien indépendante, bien mobile latéralement, autant de signes qui appartiennent plus spécialement à l'ovaire kystique. La marche de l'affection, les antécédents et les symptômes génitaux aideront au diagnostic.

Pour en finir avec les signes abdominaux de l'ascite tuberculeuse, disons que la paroi abdominale est plus résistante et qu'elle ne présente pas de circulation collatérale.

Les symptômes génitaux sont fournis par le toucher vaginal, moyen d'investigation précieux et qu'il ne faut jamais négliger en pareil cas. Non seulement il permet de constater les lésions annexielles, mais c'est par lui que l'on arrive, sinon à reconnaître, du moins à présumer l'origine de la péritonite. Chez une femme porteur d'une

péritonite tuberculeuse d'origine annexielle, le toucher vaginal révèle un empâtement, une tuméfaction du cul-de-sac postérieur, ou des culs-de-sac latéraux, indice d'une salpingo-ovarite.

L'utérus ainsi comprimé et resserré devient immobilisable; cette immobilisation est pathognomonique et permet d'éliminer *a priori* le kyste de l'ovaire. L'utérus est également dévié soit en avant ou en arrière, soit latéralement, suivant le cul-de-sac envahi.

A l'inspection des annexes, le doigt explorateur peut reconnaître l'état de la trompe. Il faut pour cela que les lésions ne soient pas trop avancées, que le péritoine annexiel ne soit pas devenu fibreux et adhérent ou épaissi par les granulations. Parfois la trompe est le siège d'une tumeur fluctuante et purulente à travers laquelle on perçoit des battements artériels. Parfois trompe et ovaire ne constituent plus qu'une masse indurée, bosselée. Cette dureté est toute spéciale, et la présence de nodules fibreux alternant avec des interstices rétrécis sont un signe pathognomonique de la tuberculose de ces organes. Mais ces constatations ne sont pas toujours aussi nettes, ni même toujours possibles. Il est alors difficile, tout en tenant compte des renseignements apportés par la malade, de conclure à la tuberculose.

Cette difficulté augmente encore par l'analogie de cette forme ascitique avec la plupart des autres affections abdominales : kyste du mésentère, ascite par cirrhose, carcinose péritonéale, etc.

C'est alors le cas d'utiliser les moyens de diagnostic que nous offre la clinique moderne et qui ont été précé-

nisés en pareille circonstance. Ce sont la cytologie du liquide, son analyse chimique et le séro-diagnostic d'Arloing. Ce cyto-diagnostic, qui a été exposé en avril 1901 à la Société de Biologie par MM. Tuffier et Milian, est relaté dans la thèse de M. Dervaux.

*Forme caséuse.* — Elle est à la forme ascitique ce que la tumeur du genou est à l'hydarthrose de cette articulation.

Les lésions anatomo-pathologiques de cette forme sont les suivantes. On trouve généralement des adhérences qui réunissent d'une part la paroi abdominale et d'autre part les masses intestinales dont les anses sont plus ou moins soudées entre elles. A l'ouverture de l'abdomen, l'œil tombe sur le grand épiploon transformé en des masses fibrino-caséuses épaisses, grises ou lardacées qui recouvrent le paquet intestinal. Aussi doit-on pour découvrir l'intestin arracher les membranes qui le recouvrent. Une exploration plus complète à travers les anses grêles amène la découverte de loges remplies de magma caséux, de pus ou de sérosité claire circonscrites par les fausses membranes. On y trouve des tubercules, des infiltrations caséuses, des exsudats fibrineux. On en observe également sur la séreuse au niveau de l'intestin, du foie, de la rate, dans le tissu sous-séreux. Il s'agit en somme d'un processus tuberculeux qui a suscité sur la séreuse une réaction d'inflammation exsudative. Enfin les exsudats fibrineux sont eux-mêmes envahis par les tubercules et voués à la caséification.

Dans les cas où la péritonite est due à la tuberculose

des annexes, ceux-ci présentent les mêmes lésions macroscopiques que précédemment, mais naturellement mieux accusées, plus accentuées. La trompe est toujours augmentée de volume, quelquefois grosse comme un crayon, quelquefois constituant une énorme poche remplie de matière caséuse. L'état des orifices tubaires est intéressant à noter : l'orifice utérin reste perméable mais généralement rétréci (Letulle). L'orifice abdominal est en général oblitéré, ses franges sont œdémateuses, épaisses, agglutinées, parfois adhérentes à l'ovaire, le tout recouvert de fausses membranes. Le pavillon dilaté ainsi que la trompe est rempli de pus et peut se placer en avant de l'utérus ou tomber en arrière dans le Douglas où les adhérences viendront le fixer. Des adhérences se font avec l'S iliaque, les anses grêles et l'épiploon, celui-ci peut même adhérer à la paroi, et gêner la laparotomie. La péritonite est donc à la fois caséuse et fibreuse.

En un mot, on a affaire à un pyo-salpinx tuberculeux et à une pelvi-péritonite caséuse. Une autre variété à lésions circonscrites, comprend la pérityphlite tuberculeuse où l'on trouve le cœcum, l'appendice et les ganglions rétrocœcaux infiltrés, englobés dans des fausses membranes qui enkystent la masse et limitent des loges caséo-purulentes, et la périhépatite caséuse ordinairement consécutive à une tuberculose du foie (1). »

---

(1) FORGUE. — *Loc cit.*

*Symptomatologie.* — Les signes physiques sont l'expression de la dégénérescence du processus tuberculeux.

Cette forme évolue par poussées successives qui se traduisent cliniquement par une température élevée mais variable, oscillant entre 38° et 40°. L'état général demeuré longtemps satisfaisant s'altère insensiblement sous l'influence des poussées. La malade maigrit, accuse quelques frissons qui témoignent d'une suppuration. Il y a de légères alternatives de constipation et de diarrhée. Le ventre est presque douloureux. On observe enfin des sueurs profuses et même de la tachycardie.

A l'inspection, le ventre est volumineux, légèrement saillant, météorisé et présentant parfois des points rougeâtres indurés et douloureux, indices de perforations prochaines de la paroi.

La palpation de l'abdomen révèle une rénitence générale avec des indurations partielles. On sent ça et là des parties souples, séparées par des points plus résistants qui donnent l'impression de tumeurs aplaties, parfois fluctuantes répondant aux paquets d'anses couvertes de fausses membranes et aux épaissements péritonéaux ou épiploïques.

Si l'on percute ces différents points on trouve de la sonorité au niveau des parties souples et de la matité correspondant aux zones résistantes, c'est-à-dire la matité en damier.

Le toucher vaginal décèle, comme dans la forme ascitique, l'existence d'une tumeur salpingienne, si le point de départ de la péritonite a été génital. Cette tumeur qui entoure, immobilise, déplace même l'utérus est

souvent une collection purulente ou un amas de détrit<sup>us</sup> caséeux que l'on prend pour la trompe, mais qui n'est, en réalité, qu'un abcès pelvien tuberculeux. C'est qu'à ce stade de l'affection, les tubercules de la trompe sont déjà fréquemment ramollis et ont constitué le pyosalpynx qui comble le Douglas.

Nous verrons que cette saillie du Douglas est un signe important pour le choix de l'intervention. C'est la seule véritable indication de la laparotomie vaginale dans la forme caséeuse.

Ce ramollissement général des tubercules explique la persistance de la fièvre et l'accentuation des symptômes : diarrhée intense alternant avec une constipation opiniâtres, vomissements répétés, douleurs abdominales au moment des exacerbations inflammatoires. Ce qui caractérise cette forme caséeuse de la péritonite bacillaire, qu'elle qu'en soit l'origine, c'est sa tendance à l'ulcération. Celle-ci peut faire communiquer entre elles deux anses intestinales même éloignées. Alors apparaissent les selles lientériques.

Si une de ces loges purulentes dont nous avons parlé se vide dans l'intestin, les coliques et les douleurs redoublent, suivies bientôt d'une selle purulente copieuse qui amène une sédation.

Parfois aussi, c'est du côté des téguments que ces masses purulentes cherchent une issue. La perforation ombilicale est fréquente chez les jeunes sujets et laisse échapper un pus fétide qui se renouvelle sans cesse. C'est le phlegmon péri-ombilical de Vallin.

La forme caséeuse peut évoluer aussi d'elle-même vers la sclérose de guérison. Mais ce processus est sur-

tout favorisé par la laparatomie. Sans elle, en effet, et pour peu que surviennent ces graves complications, la malade minée par ces multiples suppurations arrive en quelques mois à la cachexie terminale.

*Forme fibreuse ou fibro-adhésive.* — Elle est ordinairement combinée aux formes ascitique et caséeuse.

La forme sèche pure, très rare, peut être primitive, au même titre que la pleurésie sèche des tuberculeux. Elle est caractérisée par la présence d'adhérences intestinales et pariétales plus ou moins intimes, et de tubercules devenus scléreux sans caséification. Peut-être pourrait-elle, à son plus haut degré de développement, constituer une véritable symphyse.

La forme fibreuse secondaire, la plus fréquente, a débuté par de l'ascite. C'est l'aboutissant anatomopathologique des lésions tuberculeuses, le processus cicatriciel auquel doivent tendre tous les efforts de la thérapeutique. Car de même que l'ankylose fibreuse est la seule guérison histologique de la tumeur blanche du genou, de même aussi la péritonite fibreuse marque la fin des poussées inflammatoires de la péritonite tuberculeuse.

*Symptômes.* — Les phénomènes sont purement locaux.

Quand elle a eu un début ascitique, on voit l'épanchement se résorber en quelques semaines, et les signes physiques disparaître progressivement.

L'abdomen est un peu distendu, mais cette distension est produite par les anses intestinales qui adhèrent à la

paroi. Ces adhérences se reconnaissent à la sonorité presque générale de la percussion, quelle que soit la zone et dans n'importe quelle position prise par la malade.

La main qui palpe ne perçoit plus de fluctuation mais une crépitation neigeuse, amidonnée, qu'explique le frottement des surfaces rugueuses de l'intestin et du péritoine infiltrés ou couverts de nodosités en voie de régression. Si l'on ausculte l'abdomen, l'oreille perçoit le cri intestinal, c'est-à-dire un bruit aigu dû au passage des gaz et des liquides d'une anse à l'autre.

Il n'y a généralement pas de liquide ni de tumeur localisée. Au toucher vaginal on ne perçoit guère qu'une induration au niveau des culs-de-sac et généralisée à tous les organes pelviens.

L'état général est bon dans la péritonite fibreuse primitive. Dans la forme secondaire, on assiste à l'amendement de tous les symptômes ascitiques ou caséux : disparition de la fièvre, réapparition de l'appétit et des forces, arrêt de la diarrhée, extension des zones sonores, etc., jusqu'à ce que la guérison soit complète.

La malade accuse à peine, pendant la digestion, des douleurs qu'expliquent les adhérences intestinales. La constipation est habituelle et peut aboutir à l'obstruction.

#### PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Le pronostic de la péritonite tuberculeuse est bénin en général, quelle que soit son étiologie. Toutefois, il est souvent incertain, car nombre de malades, en dépit des

soins qu'ils reçoivent, continuent à souffrir, à mal digérer et s'affaiblissent lentement. On assiste alors à une généralisation tuberculeuse progressive qui est toujours à craindre. C'est le cas des formes aiguës, granuliques, qui entraînent toujours la mort.

La forme chronique avec ascite ou adhérences fibreuses guérit généralement et spontanément par résorption de l'épanchement et par transformation fibreuse des tubercules.

Mais cette transformation constitue un nouveau danger. A l'infiltration granuleuse succède une poussée de tissus fibreux, cicatriciel, effectuant ici des adhérences, là une bride, plus loin un plastron scléreux qui enserrant l'intestin de toutes parts. Que fait ce dernier ? Il se rétracte sous l'adhérence qui l'immobilise ; il se coude sur la bride qu'il rencontre ; il s'aplatit sous le poids du plastron qui le comprime. Il en résulte pour la malade une perpétuelle menace d'occlusion intestinale dont les accidents peuvent éclater d'un jour à l'autre. L'action constrictive de ces adhérences peut s'exercer encore sur certains canaux excréteurs, le cholédoque, l'uretère et sur les veines, d'où ictère, rétention rénale et stase des membres inférieurs. Et c'est ainsi que meurent certaines malades qui avaient échappé à l'infection bacillaire.

Il est d'autres cas où l'affection n'a aucune tendance à guérir spontanément. Dans certaines formes aiguës, par exemple, et même dans certaines péritonites caséeuses on voit surgir de redoutables complications qui ajoutent encore leurs dangers aux menaces des accidents intestinaux.

L'infection peut gagner les organes thoraciques. La

propagation à la plèvre, au poumon, au péricarde, aux méninges même est fréquente et s'explique par le passage bien classique du bacille ou de ses toxines à travers les sinus costo-diaphragmatiques.

Dans les formes ulcéreuses on assiste à la formation d'abcès évoluant vers la paroi. Ils s'ouvrent tantôt en un point quelconque de cette paroi, tantôt à son point le moins résistant, à l'ombilic (Gauderon). Ils peuvent même figurer des plaques dans une région circonscrite des plaques épaisses, simulant la présence d'une tumeur périhépatique ou péricœcale.

D'autres fois, ils cherchent une autre issue, soit à travers l'intestin qu'ils perforent, soit en s'accumulant dans le cul-de-sac de Douglas où ils finissent quelquefois par s'ouvrir eux-mêmes.

Si la perforation intestinale communique avec l'abcès de la paroi, la fistule pyo-stercorale est constituée qui n'a pas plus de tendance à se fermer que les fistules tuberculeuses en général. Ces ulcères grandissent, leur leur grand axe est parallèle à la circonférence de l'intestin, ils prennent la forme annulaire, caractéristique des ulcérations bacillaires. La tuberculose intestinale est alors réalisée, mais ses symptômes disparaissent d'ordinaire derrière les affections tuberculeuses concomitantes.

Les lésions annexielles peuvent guérir lors même qu'elles ont persisté après la disparition de l'ascite.

Ces lésions suivent le processus commun à toutes les lésions tuberculeuses. Elles évoluent vers la transformation fibreuse, c'est-à-dire vers la guérison spontanée. Ou bien les tubercules se ramollissent et le pyo-

salpynx est constitué avec tous les risques d'ouverture soit dans la vessie, soit dans le rectum. Ou bien ils se calcifient : c'est la transformation crétaée des nodules tuberculeux.

---

### CHAPITRE III

---

#### **Traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparatomie. Indications de la laparatomie vaginale.**

Du jour où Spencer Wells pratiqua la laparatomie sur une femme qu'il croyait porteur d'un kyste de l'ovaire et qu'il reconnut alors atteinte d'une péritonite tuberculeuse dont elle guérit parfaitement, le traitement de cette affection entra dans le domaine de la chirurgie. Mais cette intervention destinée à devenir classique n'avait été faite que par suite d'une erreur de diagnostic. La laparatomie systématiquement pratiquée pour une péritonite bacillaire reconnue pour telle a été faite pour la première fois en 1884, par König (1) qu'il faut considérer comme le véritable promoteur et instigateur de cette méthode de traitement.

L'exemple de König fut suivi avec un enthousiasme

---

(1) KÖNIG. — Centralblatt für Chirurgie, 1884, n° 6.

éclatant. Les observations se multiplièrent et les interventions firent fureur au point de devenir irraisonnées. La laparatomie devint le traitement de toutes les affections abdominales, comme étant, selon la propre expression de Lawson Tait, « la plus puissante des indications opératoires ». Les Allemands eux-mêmes avec Schwartz (1), estimaient qu'une fois le diagnostic de tuberculose du péritoine posé avec certitude, une incision palliative devait toujours être préférée à la ponction. Ce genre d'intervention à outrance ne prit fin qu'en 1887, lorsque Pribram, de Prague, éleva la voix pour faire observer qu'on était allé trop loin et qu'il fallait avant tout rechercher les indications et contre-indications opératoires.

Depuis, la laparatomie pratiquée avec discernement est devenue contre la péritonite tuberculeuse l'arme la plus puissante du praticien.

La voie suivie par les chirurgiens pour l'exploration a jusqu'à présent toujours été la voie abdominale. Ce n'est qu'en 1895, que M. le professeur agrégé Condamin montra après expérience quel parti on pouvait tirer chez la femme de la voie vaginale. Dans un article de la *Province Médicale* il propose même la laparatomie vaginale comme l'intervention de choix dans certaines formes de péritonite, soit qu'elles aient une origine annexielle, soit que leur évolution se fasse du côté du péritoine pelvien.

La fréquence des opérations quotidiennement tentées par le vagin dans les affections les plus diverses de

---

(1) SCHWARTZ. — Wiener medicin, Wochenschrift, 1887, n° 13.

l'appareil génital, avec une bénignité complète, montre clairement combien est précieux ce champ opératoire. Reste à savoir s'il est toujours abordable et à quelles formes de péritonite il est le plus approprié.

Le traitement de toute péritonite tuberculeuse, quelle qu'en soit la nature, comporte deux indications : guérir la lésion péritonéale et, si possible, supprimer la cause déterminante de cette lésion. Voyons ce que peut faire la laparatomie vaginale dans les diverses formes ascitique, caséeuse et fibreuse, qu'elles soit aiguës ou chroniques.

1° Dans la forme aiguë, lorsque les symptômes s'accroissent, que l'état général s'aggrave, qu'il y a menace de suppuration, l'incision classique du péritoine s'impose. Elle doit se faire par voie abdominale, car rien n'attire encore l'attention du côté des organes pelviens.

2° Dans la forme chronique avec ascite, on a le choix entre la voie abdominale et la voie vaginale, car toutes les deux paraissent avoir les mêmes effets évacuateurs. Cette dernière est indiquée quand l'épanchement semble suivre les plans déclives, s'accumuler dans les Douglas ou les culs-de-sac vaginaux. C'est le cas de l'ascite pure sans adhérences, où le flot lombo-abdominal est conservé, où les zones mates et sonores varient avec les changements de position. On comprend alors avec quelle facilité l'ascite, n'obéissant qu'à la pesanteur, s'accumulera dans les points les plus déclives et s'écoulera par l'incision vaginale. De cette façon la cavité abdominale libre des grandes adhérences se videra spontanément et continuellement des liquides qu'elle renfermait.

Pour que cette déclivité parfaite réalise l'évacuation spontanée, il faut toutefois que les culs-de-sacs vaginaux soient libres. C'est ici qu'interviennent les importantes données du toucher vaginal. Si les annexes sont indemnes, que le péritoine qui les recouvre n'ait pas encore réagi à l'infection par des poussées fibreuses, par des adhérences, la perméabilité est conservée et l'incision vaginale est des plus rationnelles.

Si, par contre, la lésion annexielle a précédé la réaction péritonéale, elle se manifeste d'abord par l'empâtement des culs-de-sac. A mesure que le processus tuberculeux progresse, que les tubercules se caséifient et se fondent, les débris cellulaires et le liquide purulent, résultat de cette fonte, constituent un véritable abcès fluctuant qui bombe dans les culs-de-sac quand ceux-ci sont libres. Il est donc tout naturel de lui donner issue par le vagin, cette voie permettra à l'opérateur de se rendre un compte exact de l'état de la trompe et de l'ovaire, de la situation plus ou moins anormale de l'utérus, enfin de reconnaître la véritable nature de l'affection.

Dans certaines formes mixtes, fibro-ascitique, on trouve flottant au-dessus de l'épanchement des anses intestinales soudées entre elles, adhérant même quelquefois à la paroi.

Le chirurgien ne peut dans ce cas arriver aux foyers inflammatoires sans rompre ces adhérences, et court ainsi le risque de produire d'autres désordres ou de propager l'infection. La voie vaginale permet d'éviter cet écueil car on opère au-dessous de ce plan résistant sans qu'il soit besoin de l'entamer.

Dans le cas de cysto-péritonite, la colpotomie présente

les mêmes indications. Elle doit être préférée si la poche enkystée est située profondément et, partant, plus accessible par les culs-de-sac restés libres, si le péritoine pelvien n'a pas contracté d'adhérences intimes avec les organes qu'il recouvre. Dans ces conditions, rien ne sera plus facile, une fois faite la brèche vaginale, d'introduire le trocart et de ponctionner la collection.

Mais quand la poche enkystée est superficielle, antérieure, ce qui est bien fréquent, l'incision abdominale mettant directement le kyste à jour, conserve tous ses droits.

Enkysté ou non, l'épanchement peut être aspiré par ponction directe ou par ponction après laparatomie. La ponction directe est toujours une opération dangereuse quand il y a péritonite, attendu que le trocart peut perforer une anse intestinale empiétant sur le kyste ou adhérent à la paroi. Elle risquerait de créer une nouvelle source d'infection ainsi qu'une fistule qui sera le plus souvent rebelle à toute thérapeutique.

La ponction ne doit donc être pratiquée qu'après ouverture préalable du péritoine, qu'elle se fasse par voie abdominale ou par voie vaginale. Elle sera d'autant plus avantageuse pour la patiente qu'à l'effet curateur de la ponction s'ajoutera l'action bienfaisante de la laparatomie.

Encore ne faut-il manier le bistouri qu'avec la plus grande prudence. Il n'est pas rare en effet de trouver la séreuse tellement soudée à la paroi que toute cavité péritonéale a disparu et que l'on peut inciser l'intestin, croyant ouvrir le péritoine (observation V).

La laparatomie vaginale peut donc être utilisée le

plus souvent dans les formes ascitique et kystique de la péritonite tuberculeuse. Si, dans bien des cas, elle permet de mieux apprécier les lésions des annexes, et rend leur ablation plus facile, il faut aussi que l'opérateur soit très judicieux sur l'opportunité de cette ablation. La question a d'autant plus d'importance qu'il s'agit de sujets plus jeunes, chez lesquels la castration devra toujours être différée tant que les lésions auront chance d'être curables.

3°) *Formes caséuses*. — Elles sont le plus souvent une contre-indication d'une intervention quelconque, car on a affaire fréquemment à une infection généralisée. On trouverait à l'ouverture de l'abdomen soit d'épaisses adhérences fibreuses et caséuses qui limiteraient forcément l'intervention, soit des anses imprégnées d'un magma caséux trop abondant pour tenter le moindre nettoyage. A ce stade, l'état cachectique peut d'ailleurs être tel que la malade pourrait ne pas supporter l'opération.

On n'opérera donc qu'au début ou si les masses purulentes se sont collectées en un abcès bien limité. Quelle voie faut-il suivre?

Si l'abcès paraît superficiel, situé à la région antérieure, que les symptômes objectifs et subjectifs ne révèlent pas d'adhérences intestinales trop intimes, la voie abdominale est toute indiquée. Elle est plus directe et présente en outre l'avantage de mettre les lésions plus à découvert.

Toutefois cette mise en évidence des lésions tuberculeuses peut être un inconvénient en ce sens qu'elle provoque parfois une intervention trop complète.

L'opérateur peut être tenté, une fois l'abcès découvert et vidé, de chercher s'il n'en existe pas d'autres et, pour ce faire, il devra souvent effondrer des masses fibro-caséuses et arracher les membranes qui tapissent la masse intestinale.

Il pourra même faire des lavages, essayer un nettoyage des viscères, autant de manœuvres dont la malade ne retirera aucun bénéfice. Au contraire, plus une laparatomie est simple, plus elle est utile.

La voie vaginale expose bien moins à une intervention poussée trop loin, parce qu'on est renseigné par une exploration digitale toujours limitée. Le toucher explorateur devra être très prudent, comme toujours. Il faudra respecter les brides fibreuses qui résistent à l'investigation et bien se garder de toutes tentatives de traction ou de pénétration forcée.

Mais la laparatomie vaginale n'est praticable et justifiée que si les matières purulentes ont fusé vers le Douglas et le font bomber sous leur poids. Cette saillie du Douglas comblant plus ou moins les culs-de-sac latéraux et déplaçant l'utérus, une fois perçue nettement par le toucher, sera la seule indication formelle de la colpotomie postérieure.

4° *Formes fibreuses.* — Les interventions par voie vaginale sont ici absolument interdites. On a vu combien il était dangereux de tenter, même à ciel ouvert, des débridements à travers les masses adhérentes de l'intestin. A plus forte raison serait-il désastreux de pénétrer de force et en aveugle à travers des culs-de-sac oblitérés par des adhérences péritonéales

et viscérales. On a déjà peine à reconnaître et à éviter les gros vaisseaux dans une cavité pelvienne où une collection liquide a modifié les rapports anatomiques normaux. On peut juger combien la difficulté est plus grande, quand le processus fibreux a transformé tous les organes en une masse scléreuse, à travers laquelle il est impossible de rien distinguer.

Au contraire, en utilisant la laparatomie ordinaire, par voie abdominale, on agit à champ découvert et en toute connaissance des lésions qui frappent les yeux. L'incision de la paroi n'offre pas de difficultés, et une fois arrivé au péritoine, on se comporte suivant ce que l'on trouve, respectant les adhérences quand elles sont trop étendues ou trop intimes, détachant, quand il est possible, les brides pariétales, cause des éventrations tardives. Bien plus, on ne rencontre pas immédiatement de vaisseaux importants risquant d'être lésés par une main aveugle. Il n'y a que l'intestin qui puisse être sectionné avec le péritoine. C'est ce qui arrive quand les transformations fibreuses des tissus lui ont fait perdre et son indépendance vis-à-vis de la séreuse et son aspect caractéristique.

L'expérience démontre qu'il n'est pas toujours aisé même à un opérateur habile et prudent d'éviter cette confusion.

Quoi qu'il en soit, lors même que l'intervention aura été réduite à la simple ouverture du péritoine, la malade n'en retirera pas moins un réel bénéfice ; un soulagement presque toujours et le plus souvent une notable amélioration.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

(Publiée par H. LÖHLEIN, professeur d'obstétrique et de gynécologie, à Giessen, *Thérapeutische Wochenschrift*, 20 septembre 1896). DACLIN, thèse de Lyon, 1896.

*Péritonite tuberculeuse d'origine annexielle (forme ascitique).  
Laparatomie vaginale.*

Elisabeth H. de Wöhrde (1896, n° 367), âgée de 41 ans, a été reçue le 9 juillet 1896, à cause du développement notable de l'abdomen. — Son père et sa sœur sont morts de phtisie.

Elle a eu neuf enfants.

Dernièrement, il y a seize semaines, elle a eu deux jumeaux. Ses accouchements ont été normaux. Depuis le dernier, les règles n'ont pas réapparu.

Elle se plaint d'une toux incessante et de sueurs nocturnes.

Appétit capricieux. Selles diarrhéiques.

*Examen.* — Femme pâle et faible. Au cou, coutures nombreuses.

Aux deux sommets, rudesse à l'inspiration et à l'expiration.

Ganglions inguinaux augmentés. Urines ordinaires.

Utérus en rétroversion. Le fond se trouve devant le sacrum.

Tuméfaction marquée des deux annexes, surtout de la trompe droite.

Le péritoine dans le cul-de-sac de Douglas est épaissi par des granulations.

*Opération* par le cul de sac postérieur de Douglas, le 11 juil-

let 1896. Longue incision de six centimètres par la paroi postérieure du vagin. Par suite des adhérences dans le cul-de-sac postérieur et de la fixation de l'utérus en rétroversion, l'ouverture offre assez de difficultés. Aussitôt s'écoulent très facilement entre deux doigts introduits dans l'ouverture que l'on élargit, dix litres d'un liquide de couleur jaune paille. On cherche la trompe gauche, ensuite la trompe droite. La première est facilement attirée, l'autre offre quelques difficultés. Toutes deux paraissent avoir l'épaisseur du pouce, elles sont sinueuses. La surface en est fragile, couverte de granulations.

La droite se rompt à peu près à la ligature et laisse échapper un contenu grisâtre. Les ovaires sont solidement adhérents aux parties voisines et abandonnés.

Tamponnement avec la gaze sublimée et suture. On laisse comme drain une mèche iodoformée et par là s'écoule encore, durant les premières vingt-quatre heures après la ponction, une assez abondante sérosité. Les deuxième et troisième jours, elle subsiste encore ; le quatrième elle est minime et on enlève la gaze.

La circonférence abdominale, malgré l'abondante évacuation, était tombée de 102 à 89 seulement. Plus tard elle arriva à 87.

La température qui, le soir de l'opération, avait atteint 38°8, s'éleva seulement à la fin de la première semaine, pendant trois nuits, quelque peu au-dessus de 38° et après devint normale. L'appétit fut meilleur qu'il n'était depuis longtemps. Il y avait donc une grande amélioration.

## OBSERVATION II

(CONDAMIN, *Province médicale*. Mai 1895)

*Péritonite tuberculeuse à forme pelvienne. — Salpingo-ovarite tuberculeuse double. — Laparatomie vaginale et ablation des annexes.*

V. B. âgée de 28 ans, couturière, demeurant à Lyon, 6, rue Confort, entre à la Charité dans le service du D<sup>r</sup> Laroyenne, le 9 février 1891.

Mère morte très jeune, probablement phthisique, père vivant et bien portant, âgé de 86 ans. Une sœur morte en bas âge. Il lui reste un frère et une sœur qui sont actuellement bien portants. Dans sa jeunesse, au moment de l'établissement de la menstruation, elle a éprouvé les premières manifestations de la tuberculose, sous forme de dyspnée nocturne, avec sueurs profuses, accompagnée de toux et d'expectorations. Le décubitus dorsal était à peu près impossible.

Lorsque la menstruation a été bien établie, la plupart de ces troubles ont à peu près disparu.

Mariée il y a sept ans, elle a eu un enfant il y a six ans. Depuis cette époque, la malade souffre de l'estomac. Hyperchlorhydrie très marquée. Dans ces derniers temps elle a présenté des vomissements très fréquents. L'appétit est relativement bon, mais les digestions sont mauvaises. L'acide chlorhydrique a amélioré notablement l'état de ses fonctions digestives.

Il y a six mois, elle constata que son ventre augmentait, ce qu'elle attribuait à un effort qu'elle aurait fait en soulevant un fardeau. Peu de souffrance malgré l'augmentation progressive de son abdomen. Ce n'est guère que dans la marche qu'elle souffre un peu.

Au mois de janvier la malade présente une pleurésie sur la nature de laquelle il n'y avait pas de doute à avoir. M. Condamin qui, à ce moment, la vit en consultation avec le Dr Tournier, constata un très léger degré de salpingite à droite et à gauche et surtout des signes de péritonite tuberculeuse pour laquelle il proposa une laparatomie qui fut acceptée, mais différée jusqu'au moment de la guérison de la pleurésie. A ce moment il y avait également une diarrhée continuelle.

Le 12 février 1895 la malade entre à la Charité. La pleurésie est à peu près guérie, mais l'état général est plus mauvais encore qu'à l'observation précédente. La diarrhée a cessé presque complètement.

Le ventre est un peu plus volumineux que normalement. La malade souffre beaucoup dans la région hypogastrique. La

palpation permet de constater de petits noyaux endurcis sur la région de l'hypogastre.

Au toucher vaginal, on perçoit en arrière et de chaque côté de l'utérus, de grosses masses empatées douloureuses qui refoulent l'utérus en avant.

Par le cathétérisme vésical, on se rend compte que la vessie est étalée au-devant de l'utérus et s'étend assez loin de chaque côté.

Le 14 février 1895, malgré un très mauvais état général et une oppression très marquée, la malade est endormie. M. Condamin pratique une ponction suivie de débridement du cul-de-sac postérieur. On libère avec le doigt, introduit dans la plaie, les deux ovaires, qui sont gros, remplis de petits abcès et de semis tuberculeux qui sont enlevés après l'application d'une pince sur leur pédicule.

Les deux trompes sont ensuite enlevées par morcellement et salpingotripsie. Tous ces organes sont couverts de follicules tuberculeux. Après l'ablation des annexes qu'il a fallu libérer des parties voisines, on ouvre une poche qui laissa écouler une certaine quantité de sérosité et qui vida la cavité péritonéale de l'ascite qu'elle renfermait.

Une éponge imbibée de pétrovasoline iodoformée fait l'hémostase et maintient le trajet largement ouvert.

21 mars. — L'orifice de la plaie opératoire est toujours maintenu largement béant par des mèches de gaze iodoformée, destinées à modifier les surfaces tuberculeuses. Les douleurs ont diminué. La malade rentre chez elle un peu améliorée. Il n'y a plus d'ascite.

21 mai. — La malade est revue. Elle marche assez bien, tandis que dans les derniers temps qui ont précédé son opération elle était courbée en deux. L'état général s'est un peu modifié et l'émaciation a diminué sensiblement.

Par le toucher on sent encore quelques masses dans les culs-de-sac. A ce niveau on laisse toujours une mèche de gaze iodoformée.

La malade souffre encore un peu à ce niveau soit spontanément

ment, soit à la pression, mais beaucoup moins. Il n'y a plus d'ascite. La malade va partir pour la campagne.

*Novembre 1903.* — La malade, perdue de vue pendant plusieurs années, a été revue par M. Condamin qui a pu constater une guérison décisive et persistante.

### OBSERVATION III

(Hôtel-Dieu. — Service de M. JABOULAY, Salle Saint-Pierre, n° 25)

DIAGNOSTIC et RÉSUMÉ. — *Péritonite bacillaire d'origine annexielle. Colpotomie postérieure. Il s'écoule un liquide citrin mélangé de quelques gouttes de pus.*

P..., Marie, 22 ans, couturière, entrée dans le service le 30 octobre 1903.

La malade vient du service du docteur Roque où elle est entrée le 11 octobre 1902 pour des douleurs abdominales et de la constipation, et où a été prise l'observation suivante :

A. H. Sa mère est morte de fièvre typhoïde, son père d'une affection indéterminée.

A. P. Elle est fille unique. Dans son histoire pas de maladies aiguës. Elle s'enrhume assez facilement l'hiver.

Pas de scrofule dans l'enfance. N'a jamais craché de sang.

Réglée à 16 ans et depuis ne l'a jamais été régulièrement.

A 15 ans aurait été très anémique. Elle aurait pâli, était faible, avait des vapeurs. Cet état a duré plusieurs années.

La maladie actuelle remonterait à trois semaines, époque où elle a débuté assez brusquement par des douleurs abdominales et de la constipation qui a duré 15 jours. Elle aurait eu aussi au début deux ou trois vomissements non alimentaires, qui se sont répétés à l'intervalle de un ou deux jours. Depuis lors cet état a persisté : la malade a dû garder le lit, elle tousse un peu, a eu un peu de diarrhée à la suite d'un purgatif. Elle a eu aussi quelquefois des selles dures avec des glaires et des peaux blanches.

*Actuellement* : Teint pâle, yeux bistrés, les muqueuses sont décolorées. La malade se plaint de son ventre. Elle est très amaigrie.

La langue est sale, l'appétit nul. Soif assez vive, contispation presque constante.

*L'abdomen*, à l'examen, n'est pas volumineux et n'a du reste pas augmenté au dire de la malade.

La paltation est douloureuse d'une façon générale. Elle l'est cependant davantage dans les deux fosses iliaques et suivant le trajet du côlon transverse. Il y a de l'empâtement qui existe surtout dans la région sus-ombilicale.

Pas d'ascite évidente.

La palpation est large. avec relâchement brusque.

Au toucher, le foie ne paraît pas augmenté de volume.

*Cœur*. — La pointe ne paraît pas déviée. Les bruits sont normaux. Pas de souffle. Pouls à 116.

*Poumons*. — En avant submatité au sommet droit. Les vibrations thoraciques ne sont pas exagérées.

A l'auscultation : respiration rude, expiration prolongée, retentissement léger de la toux.

En arrière matité au sommet droit plus marquée qu'en avant et descendant jusque dans la fosse sous-épineuse. Les vibrations thoraciques sont augmentées à ce niveau.

A l'auscultation : respiration soufflante avec expiration prolongée. Pas de râles. La voix et la toux retentissent un peu,

Aux bases, la sonorité est normale. Pas de résistance au doigt. La respiration s'entend bien. Pas de râles.

T°. 37°, 7. Urines sans albumine.

12 novembre. — A la base gauche légère submatité, avec douleur à la percussion et obscurité légère de la respiration.

27 novembre. — La malade souffre beaucoup depuis plusieurs jours, a des crises douloureuses qui surviennent le soir et durant la grande partie de la nuit.

La malade est traitée pour une péritonite tuberculeuse par des pointes de feu sur l'abdomen, répétées tous les dix jours environ. Elle sort au mois de mai 1903. Tous les symptômes

ont disparu. La menstruation, très irrégulière lors de son entrée, est redevenue normale à partir du mois de janvier et n'a été troublée à nouveau qu'au mois d'octobre, date de sa rentrée dans le service.

La malade rentre dans le service du Dr Roque le 12 octobre 1903. A sa sortie elle pesait 60 kilogrammes et depuis elle a engraisé. Elle ne toussait pas, n'avait plus de douleurs ni de troubles digestifs. Elle dit avoir eu le mardi de la semaine précédente ses règles arrêtées à la suite d'une frayeur. Le jeudi suivant, c'est-à-dire il y a quatre jours, elle a commencé à souffrir de l'abdomen. Elle a eu quelques vomissements le même jour. Pas de constipation, pas de diarrhée ni de troubles de la miction.

A l'examen : l'abdomen est un peu ballonné, douloureux un peu partout, mais surtout dans les flancs, sous le rebord des fausses côtes. Dans les fosses iliaques il y a une induration en plaques.

Le foie n'est pas gros.

La pointe du cœur est dans le cinquième espace. Pouls à 84.

Aux poumons, mêmes signes que précédemment.

Pas de toux ni d'expectoration.

Pas d'adénopathie cervicale, axillaire ou inguinale.

Urines sans albumine.

La malade est soumise au même traitement révulsif qu'à son premier séjour. L'effet irritant des pointes de feu est combattu par des cataplasmes belladonés.

On fait passer la malade en chirurgie, le 30 octobre 1903.

L'état général est médiocre. La malade a fortement maigri, de 20 kilogrammes dit-elle. Pas d'appétit.

*Abdomen.* — A l'examen de l'abdomen on constate une voussure beaucoup plus marquée du côté gauche au-dessous de l'ombilic. La palpation à ce niveau est douloureuse et fait sentir des masses qui sont fixées. A leur niveau on constate cependant une certaine sonorité, moindre cependant que de l'autre côté de l'abdomen.

Dans la fosse iliaque droite on sent aussi profondément des masses empâtées, mais moins nettement qu'à gauche.

Pas d'ascite. Pas d'ondes intestinales. Pas de péristaltisme ni de clapotage nulle part.

Au toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac postérieur de grosses masses fixes et douloureuses. Il en est de même dans le cul-de-sac latéral gauche.

Au milieu de ces masses, on sent battre l'artère utérine.

Le cul-de-sac latéral droit paraît indemne, de même que le cul-de-sac antérieur.

L'utérus de volume normal se trouve en ante-position et fortement déjeté à droite.

Au point de vue des règles, la malade dit n'être plus réglée depuis trois mois.

Point de pertes blanches.

Constipation opiniâtre. Jamais de perte de sang par le rectum. Pas de coliques.

Rien au poumon ni au cœur. T° = 39°,8.

La malade est opérée le 3 novembre.

*Colpotomie postérieure.* — On tombe sur une première poche contenant un liquide purement séreux, ascitique. Cette première poche est surplombée d'anses intestinales facilement perçues par le doigt.

Une seconde poche est sentie à gauche. Elle est effondrée avec le doigt, ce qui donne passage à des grumeaux purulents.

Les annexes gauches sont alors perceptibles. On les sent bosselés, indurés, granulés à leur surface. Les lésions bacillaires ne sont donc pas douteuses.

Une mèche est introduite par cette brèche à l'intérieur de l'abdomen.

*Le soir.* — La température monte à 40°. Il y a un peu de réaction péritonéale.

*Le 5 novembre.* — La température restant élevée, on enlève la mèche qui est remplacée par un drain. A partir de ce moment la température baisse progressivement. L'état général s'améliore. La malade n'éprouve plus aucune douleur.

15 novembre. — On pratique le toucher vaginal. L'incision du cul-de-sac postérieur est fermée et il n'y a plus d'écoulement.

On sent encore une induration répondant aux annexes gauches néanmoins le ventre est souple. L'état général est bien meilleur.

23 novembre. — Nouveau toucher vaginal. Les annexes gauches ne sont presque plus perçus. Plus de douleur ni d'empâtement.

La malade sort le 25 novembre en pleine convalescence.

#### OBSERVATION IV

(Leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur JABOULAY)

*Péritonite tuberculeuse avec ascite, d'origine pleurale reconnue par l'opération. — Laparatomie vaginale. — Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 33 ans, dont les antécédents héréditaires sont très chargés.

Elle a eu une pleurésie double, accusée surtout à droite. L'affection remonte à plusieurs années. Malgré cette ancienneté, il persiste encore à droite un degré assez marqué de symphyse pleurale.

Il y a quelques mois elle entra dans le service, pour un abcès froid costal, siégeant sur la partie latérale droite du thorax. Cet abcès fut ponctionné plusieurs fois. On y injecta après la ponction de la glycérine iodoformée, du naphthol camphré ; la suppuration fut assez vite tarie. Actuellement tout semble terminé de ce côté-là.

Cet abcès à peine guéri, la malade s'aperçut que son ventre grossissait ; elle avait quelques douleurs, de la gêne de la digestion et de la défécation.

A l'examen on constatait que le ventre était augmenté de volume, les flancs étalés et élargis. En faisant asseoir la malade,

on voyait une saillie comprise entre les grands droits contracturés. Ce n'était qu'une éventration, suite de grossesses nombreuses. La palpation montrait un paroi abdominale souple, dépressive, avec une sensation de flot caractéristique. La percussion révélait de la sonorité autour de l'ombilic, de la matité dans les parties déclives. En faisant incliner la malade sur un côté, le flanc devenu supérieur était sonore.

Bref, tout indiquait un épanchement de sérosité dans un péritoine libre, non cloisonné, c'est-à-dire de l'ascite.

Le toucher vaginal montrait un utérus en anteversion légère, un cul-de-sac de Douglas tendu. Dans les culs-de-sac latéraux, il y avait une douleur assez vive.

Le diagnostic s'imposait chez cette malade. On ne pouvait songer à une ascite d'origine cardiaque, à une ascite par obstacle à la veine porte. Il ne s'agissait pas non plus d'ascite néoplasique ; il n'y avait aucune masse dans la cavité abdominale, aucun signe de néoplasme.

Tout était en faveur d'une ascite tuberculeuse.

Cherchant la cause directe de cette ascite, on avait songé à une lésion première des annexes qui sont souvent chez la femme, le point de départ des accidents péritonéaux. Mais cette opinion a dû être modifiée après les constatations opératoires.

Quelle était la conduite à tenir ?

Abandonnée à elle-même, la lésion telle qu'elle avait été constatée, aurait pu guérir ou se transformer. Sa guérison, si elle avait eu lieu, aurait été obtenue au prix de néoformations fibreuses, causes d'accidents ultérieurs. La transformation de la lésion aurait été plus certaine ; on aurait pu assister à la production de masses ulcéro-caséuses, l'intestin aurait été pris secondairement. On aurait pu avoir aussi la transformation fibro-adhésive qui compte parmi les plus fréquentes.

Il fallait donc opérer cette malade, non pas faire une intervention timide, comme la ponction simple ou la ponction suivie d'injection d'oxygène, mais ouvrir délibérément l'abdomen.

On avait le choix de faire la laparatomie, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale. C'est à cette dernière méthode que l'on s'est adressé, pensant à une lésion annexielle, qui serait devenue ainsi facilement abordable, pensant aussi que l'ouverture de l'abdomen par cette voie présenterait quelques inconvénients.

Le cul-de-sac vaginal postérieur fut incisé ; après l'ouverture du péritoine, il s'écoule une assez grande quantité de liquide jaune clair, séreux, limpide ; les annexes furent trouvés sains, la face péritonéale des anses grêles était recouverte de petites granulations miliaires. Le vagin fut ensuite tamponné et on appliqua un pansement simple avec un bandage en T.

La malade sortit très améliorée. Elle a été revue trois mois après son opération : l'ascite avait complètement disparu ; elle peut être tenue pour guérie.

Dans ses *leçons de clinique chirurgicale*, M. le professeur Jaboulay mentionne encore deux cas de malades atteintes de lésions inflammatoires des annexes, consécutives, l'une à un avortement, l'autre à une infection blennorrhagique. Une réaction s'est produite autour de ces lésions ; il y avait après l'ouverture du cul-de-sac postérieur, du liquide séreux à l'intérieur du péritoine pelvien. Il s'est contenté d'évacuer ce liquide, sans toucher aux annexes, du reste peu malades.

## OBSERVATION V

(Leçons de clinique chirurgicale de M. le Professeur Jaboulay.)

*Péritonite tuberculeuse d'origine annexielle, à forme fibro-ascitique.  
Laparatomie abdominale. — Guérison. (1)*

Il s'agit d'une jeune femme de 32 ans, couturière, entrée à la clinique pour des douleurs abdominales s'accompagnant de troubles digestifs extrêmement pénibles.

A. H. Rien de particulier.

A. P. Enfance indemne de maladies graves,

Réglée à 14 ans et normalement, elle a eu quatre ans plus tard, des règles plus longues, plus abondantes, irrégulières et surtout douloureuses. Puis vers l'âge de 22 ans, les époques manquèrent pendant quatre mois consécutifs, pour revenir un jour avec surabondance, accompagnées de caillots douloureusement expulsés. La malade déclarant avec véhémence n'avoir eu à cette époque de sa vie aucun rapport sexuel, on écarte momentanément l'hypothèse d'un début de grossesse interrompue par une fausse couche.

Cependant, quelques jours après, la malade se décide à avouer, et sans réticence, qu'elle a fait une fausse couche il y a cinq ans. A partir de ce moment, les digestions sont devenues pénibles, et, sans amaigrissement bien prononcé, elle resta dans un état vraiment maladif sur lequel les médicaments essayés n'eurent aucune prise.

Il y a deux ans, éclata une crise douloureuse, on pensa à des coliques néphrétiques, elle émit à ce moment des urines troubles, sans gravier cependant.

---

(1) Nous avons inséré cette observation pour bien montrer que nous ne faisons pas de la laparatomie vaginale une méthode de traitement exclusive, et que nombre de péritonites d'origine annexielles sont justiciables de la laparatomie abdominale.

Enfin, vers la fin de décembre dernier, s'installèrent assez brusquement des symptômes d'occlusion intestinale : vomissements, selles diarrhétiques peu abondantes, un peu sanglantes, léger météorisme, douleurs diffuses très vives. De nouveau les menstrues sont suspendues.

*A l'examen*, la malade était un peu amaigrie. L'abdomen était gros, tendu ; la paroi ne présentait rien de particulier. La palpation soigneusement pratiquée apportait des données intéressantes. A la main, appliquée bien à plat, on sentait des masses dures, de véritables nodosités disséminées, résistantes, douloureuses, et entre ces masses, des zones molles, dépressibles.

A la percussion, on obtenait des sensations superposables à celles fournies par le palper : zones mates alternant avec des zones sonores, eu un mot, matité en damier.

Par l'auscultation on entendait à gauche et tout près de l'ombilic, un frottement tout à fait comparable à celui qu'on entend en écoutant les bruits respiratoires au début d'une pleurésie, avant la période d'épanchement. En même temps, sous le stéthoscope, éclataient des bruits de gargouillement. Frottement et gargouillement dans l'abdomen constituent le cri intestinal.

Pour savoir s'il y avait de l'ascite, on a pratiqué la percussion en chiquenaude, et on a obtenu la sensation de flot. On a conclu à de l'ascite. Toutefois, la suite a démontré que ce liquide n'était pas libre, comme dans l'ascite vraie. Il était au contraire réparti dans des loges distinctes qui se transmettaient l'une à l'autre l'ébranlement de la chiquenaude, d'où la cause d'erreur.

Au toucher vaginal, on trouvait l'utérus en position normale, sans modification dans sa consistance ; mais il n'en était pas de même des culs-de-sac vaginaux. Ceux-ci étaient blindés de masses inflammatoires, surtout à droite ; on sentait là une sorte de tumeur liquide, du volume d'une orange, très douloureuse ; la pression du doigt provoquait un mouvement de défense de la part de la malade. On pouvait donc admettre

qu'un pyosalpynx droit était l'origine des irrégularités et des douleurs menstruelles accusées dans le récit de la malade.

Le diagnostic différentiel fait, la nature, l'évolution et les caractères de la tumeur firent conclure à une collection suppurée de la trompe droite, avec pelvi-péritonite d'abord, le grand péritoine ayant été envahi consécutivement par le bacille de Kock. De sorte qu'on avait tendance à admettre (bien que le fait soit difficilement démontrable) une infection d'origine génitale, ascendante, ayant gagné l'utérus, la trompe puis la séreuse. On pouvait donc assigner à cette péritonite tuberculeuse, comme possibles, les formes ascitique et fibro-adésives.

*Traitement.* — La ponction fut rejetée comme dangereuse, car la sonorité à fleur de peau montrait que le trocart eût sûrement perforé l'intestin, et du reste, il n'y avait pas grand'chose à évacuer. Pour la même raison, les injections modificatrices de naphthol camphré, de glycérine iodoformée furent jugées inutiles.

Il semblait au contraire légitime de tenter une laparotomie sous-ombilicale médiane, nous permettant d'observer les lésions, d'évacuer le liquide, d'attaquer le pyosalpynx et de l'extirper comme agent causal et perpétuelle source de réinfection.

La malade fut placée en position inclinée de Trendelenburg et la paroi abdominale incisée. Au moment où le péritoine allait être incisé, le bistouri, manié pourtant avec lenteur et prudence, tomba dans une petite cavité, à la partie supérieure de l'incision, d'où s'écoulèrent immédiatement des matières intestinales. Le bistouri avait fait une brèche dans une anse grêle intimement soudée à la paroi ; il n'y avait plus de cavité péritonéale.

En présence de cette complication, l'intervention fut arrêtée, les lèvres de la plaie intestinale rapprochées et la paroi fermée par un double surjet.

La malade fut reportée dans son lit. Les jours suivants tout alla bien, la plaie se cicatrisa rapidement, sauf cependant au

niveau de l'anse blessée. Il s'est établi là une fistule stercorale et des matières continuent à s'échapper liquides, fortement teintées de bile.

L'état de la malade fut quand même amélioré, les douleurs disparurent, l'appétit revint. Ses digestions, ses évacuations sont devenues parfaites, et, chose plus frappante, les masses inflammatoires ont diminué de moitié. Il en est de même du pyosalpynx ; le toucher vaginal montre qu'il a subi une diminution considérable de volume.

## OBSERVATION VI

(Clinique gynécologique de la Charité. Service de M. LAROYENNE)

DIAGNOSTIC : *Péritonite tuberculeuse (forme ascitique libre) ; 1° Laparatomie sans drainage ; 2° Colpotomie postérieure et castration.*

Joséphine G..., 20 ans, entre dans le service le 28 mai 1902. Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Anémie pendant l'année 1901. Au mois de novembre de cette même année, pleurésie avec épanchement du côté droit ayant duré un mois et demi. Un médecin proposa une ponction qui fut refusée. Depuis, la malade ne s'est jamais remise. Point de côté à droite, essoufflement, anorexie, douleurs abdominales sourdes.

Depuis trois semaines aggravation de l'état général, des douleurs abdominales. De plus, augmentation du volume de l'abdomen. Deux ou trois fois, frisson vespéral suivi de sensation de chaleur.

Règles irrégulières pendant l'anémie : retards de un mois, parfois de deux. Elles furent régulières au moment de la pleurésie. En ce moment la malade a ses règles qu'elle n'avait pas vues pendant deux mois. Facies assez bon, non anémique.

Signes physiques. L'abdomen est volumineux. A la palpation on a en tous points une sensation de flot très nette. Matité en couronne dans les flancs et l'hypogastre, nette surtout dans la station verticale.

L'utérus est mobile, les culs-de-sac vaginaux légèrement abaissés.

Le thorax présente de l'hémiatrophie droite très prononcée. L'auscultation révèle une symphyse pleurale du même côté. Pas de lésions pleuro-pulmonaires en évolution.

T° = 38°4.

La malade est opérée le 31 mai. Laparatomie abdominale. Le péritoine est épaissi, sa surface est rouge, hérissée de granulations framboisées, donnant l'impression d'un processus en évolution très active.

Evacuation de cinq à six litres de liquide citrin, légèrement louche.

Granulations épaisses sur tout l'intestin. Le processus inflammatoire est beaucoup plus intense sur le péritoine pariétal.

Assèchement de la cavité abdominale avec des tampons, fermeture de l'abdomen. Pas de drainage. Le soir la température monte à 39°8. Pendant trois mois, oscillations thermiques entre 37° et 39°5 avec ascension vespérale.

Pas d'amélioration bien sensible.

Le 26 août, c'est-à-dire environ trois mois après la première intervention, la malade est opérée à nouveau. M. Condamin pratique la colpotomie postérieure. Evacuation d'un liquide ascitique.

Au toucher, on sent nettement des granulations tuberculeuses accumulées surtout sur le péritoine génital. Les trompes et les ovaires sont enlevés. L'ovaire droit est à peu près sain, le gauche est semé de granulations.

Drainage avec drain entouré d'une mèche de gaze iodoformée. La température baisse à partir de ce jour.

La malade sort le 16 septembre.

## CHAPITRE IV

---

### **Mode d'action de la laparatomie vaginale et de la laparatomie en général**

Sur les quatre observations de la laparatomie vaginale que nous publions, on constate autant d'améliorations immédiates et des guérisons chez les malades qui ont été revues ou suivies longtemps après leur opération. La malade de M. Condamin qui avait quitté le service au début de la convalescence, est revue huit ans après, parfaitement et définitivement guérie.

Dans l'observation V relatant un cas où la laparatomie abdominale fut employée de préférence, parce qu'il s'agissait d'une forme fibro-adhésive avec oblitération des culs-de-sac, la malade s'est trouvée très sensiblement améliorée, au point d'attribuer cette transformation à une complication opératoire.

Les résultats non douteux obtenus dans chacune de ces interventions par voie vaginale dont le nombre est encore restreint, permettent de penser que cette laparatomie a une efficacité réelle et un mode d'action identique à celui bien établi de la laparatomie abdominale.

L'heureuse influence de la laparatomie dans les péritonites tuberculeuses a été démontrée depuis longtemps, Elle a été constatée et vérifiée aussi souvent que la curabilité des lésions tuberculeuses dont elle arrête ou modifie le processus. Les innombrables cas d'améliorations et de guérisons consécutives en sont la preuve, preuve brutale, si l'on veut, mais irattaquable puisqu'elle repose sur des faits.

Quel est le mode d'action d'une laparatomie abdominale ou vaginale? Quel est le mécanisme de cette action chirurgicale? On a donné de nombreuses explications. preuve qu'aucune n'est complète ni satisfaisante. Les uns invoquent les lavages antiseptiques et l'évacuation des liquides infectieux, d'autres la sécrétion par le péritoine d'un produit toxique pour les bacilles. Vierordt admet que la laparatomie agit surtout en combattant l'ascite qui est l'indication dominante. Pour Koenig, la tuberculose péritonéale guérie par transformation fibreuse, parce que le foyer initial qui serait celui de l'intestin, est déjà en voie de guérison au moment de l'intervention. Pour Morange, l'intervention chirurgicale ne guérit pas la péritonite tuberculeuse, elle en favorise la régression, en combattant le processus inflammatoire et en débarrassant le péritoine de l'ascite qu'il contient.

Si les explications abondent, il est par contre curieux de constater combien le nombre des recherches expérimentales est restreint, comparativement même avec celui des travaux qui se rapportent à l'étude clinique et critique de cette question. Il semble pourtant qu'en expérimentant sur des animaux à qui on inoculerait des

cultures tuberculeuses dans le péritoine et pratiquerait la laparatomie on pourrait observer et étudier l'évolution post-opératoire des lésions artificiellement provoquées.

C'est ce qu'ont tenté depuis quelques années plusieurs auteurs étrangers : Kischensky en 1893, Gatti, Nannotti et Bacchiochi en 1894, Wassilewski en 1895, Borchgrevink, Stchégoleff en 1894 et Saltykow en 1903, dont les travaux originaux ont enrichi les archives de la médecine expérimentale.

Il nous a paru intéressant de relater ces divers travaux encore peu connus et dont les résultats presque tous concluants montrent mieux que les plus habiles démonstrations, l'action de la laparatomie sur l'affection qui nous occupe. Les premières recherches ont été publiées par M. Stchégoleff (1) qui expose lui aussi le résultat de ses propres expériences. Nous les résumons d'après son article.

Parmi tous les travaux d'expérimentation, les premiers en date sont ceux de Kischensky (2) qui a étudié l'influence de la laparatomie sur des animaux atteints de péritonite tuberculeuse. Dans ses expériences faites sur des cobayes et les lapins dans le péritoine desquels il avait inoculé des cultures pure de bacilles tuberculeux, il a trouvé que les animaux opérés survivaient plus longtemps à l'infection que les animaux témoins, mais que finalement les uns ou les autres succombaient à une tuberculose généralisée. D'après cet auteur, la

---

(1) STCHÉGOLEFF. — Archives de médecine expérimentale 1894, p. 649.

(2) KISCHEFSKY. — *Centrall. für allgemeine Path. and Path. Anat.* 1893, n° 21.

péritonite tuberculeuse des animaux mis en expérience peut guérir par la laparatomie. « Sous l'influence de cette opération, le faible processus réactionnel (infiltration modérée de leucocytes et phagocytose insignifiante) qui existe déjà avant l'opération dans les tissus atteints de tuberculose, s'exagérerait après l'opération (infiltration leucocytaire intense, phagocytose et développement actif de tissu conjonctif), et aurait pour résultat la mort et la résorption des éléments spécifiques des tubercules (1). »

Ainsi 80 jours après la laparatomie, il trouva autour des noyaux tuberculeux un développement de tissu conjonctif qui avait un caractère fibreux à la périphérie et se composait d'éléments jeunes au centre ; tout à fait au centre d'un tel nodule on trouvait soit des cellules rondes et épithélioïdes ou bien une couche de tissu conjonctif tellement large qu'il ne restait plus rien des éléments spécifiques. Dans les nodules qui ne contenaient pas de cellules épithélioïdes on ne retrouvait pas de bacilles.

Un autre auteur, Gatti, a opéré également sur des cobayes. Pour lui, c'est sous l'influence de la laparatomie que se déterminent les tubercules constitués presque entièrement par des cellules épithélioïdes. En d'autres termes, il admet la résorption progressive des cellules épithélioïdes, destruction lente, s'effectuant sans participation d'un processus réactionnel. Les vides formés par cette résorption se cicatrifieraient et le tissu atteint reprendrait son aspect normal sans laisser de

---

(1) *loc. cit.*

traces de l'ancienne affection. Il en conclut par conséquent que la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparatomie n'est due ni à la phagocytose, ni à la transformation fibreuse du tubercule. Il déclare même avoir observé la guérison presque complète de la péritonite tuberculeuse chez les cobayes, sans intervention d'un processus inflammatoire actif.

Après les expériences de Gatti, on signale celles de Nannoti et Bacciochi sur des lapins et des chiens. Ils déclarent avoir obtenu une amélioration rapide sur les premiers animaux et une guérison presque complète sur les seconds, mais sont muets sur l'explication histologique de leurs constatations.

En 1894, les recherches de Stchégoleff éclairèrent cette question d'un jour nouveau.

Cet auteur opéra exclusivement sur des chiens, parce que leur organisation les rapproche davantage de l'organisme humain, et qu'ils sont considérés être plus résistants contre l'infection tuberculeuse que les autres animaux. Mais il constata par la suite que ces chiens furent extrêmement sensibles à la tuberculose des mamifères.

22 chiens furent inoculés à la région ombilicale avec une culture pure de bacilles développés à la surface du bouillon viande pepto-glycérine. Les doses employées furent en moyenne d'un demi, d'un quart de centimètre cube.

Sur ces 22 chiens, 10 furent opérés de 10 à 12 jours après l'inoculation, dès que l'animal commençait à maigrir. La laparatomie était faite avec toute l'asepsie désirable, la cavité abdominale minutieusement examinée.

En cas d'insuccès de la première inoculation, on en pratiquait une seconde avant de refermer l'abdomen.

Des 12 chiens conservés comme témoins, 10 moururent de vingt à trente jours après l'inoculation, les deux autres succombèrent plus tôt parce qu'ils avaient reçu des doses plus fortes.

A l'autopsie de ces chiens témoins, Stchégoleff trouva le tableau anatomo-pathologique de la péritonite tuberculeuse miliaire aiguë de l'homme. Il y avait toujours de l'ascite. Le feuillet viscéral du péritoine était couvert de granulations, le feuillet pariétal moins infiltré. L'épiploon était chaque fois le plus sérieusement atteint ; il était rempli de petits foyers de détritits caséeux. Le mésentère était infiltré, les ganglions mésentériques augmentés de volume et caséifiés. Enfin, les autres organes, poumons, ganglions bronchiques, la rate surtout, étaient atteints de lésions plus ou moins accentuées, suivant que l'injection de culture avait été plus ou moins, forte.

Tous les chiens opérés survécurent aux chiens témoins. Six sur dix succombèrent à la tuberculose généralisée de 16 à 30 jours après l'opération. Leur survie, comparativement à celle des chiens témoins, fut de 7 jours au minimum et de 20 jours au maximum.

Les autres se rétablirent rapidement et ont même regagné leur perte de poids. On les sacrifia 85, 70, 52 jours après la laparatomie. Le dernier était encore vivant et bien portant au bout de quatre mois.

Chez les six chiens morts moins d'un mois après l'opération, l'autopsie a révélé tous les signes d'une lésion avancée : ascite, épiploon épaissi, friable, très vasculaire,

tubercules nombreux, sur le feuillet viscéral du péritoine ainsi que sur le mésentère. On nota même deux ou trois fois une propagation à la rate, au foie et des adhérences entre l'épiploon et le feuillet pariétal.

Les lésions étaient toutes différentes chez les animaux qui avaient survécu plus longtemps. Le péritoine viscéral était à peine envahi par une éruption encore discrète de petits tubercules. L'épiploon et le mésentère étaient simplement hyperémiés sans épaissement et contenaient de petites granulations grises.

Il était donc clair que les animaux opérés avaient retiré un réel profit de la laparatomie, puisque leur survie était plus longue et que le processus tuberculeux était plus longue et que le processus tuberculeux était bien moins accentué.

Mais les constatations nécropsiques variaient encore suivant qu'il s'agissait d'animaux opérés à une période avancée de la tuberculose ou au contraire au premier stade de l'affection.

Chez les chiens opérés tardivement, l'amélioration de leur état ne persista pas. Ils dépérèrent bien vite et succombèrent. A l'ouverture de l'abdomen, on voyait que l'ascite avait diminué. L'épiploon était encore épaissi, mais moins friable; les feuillets pariétal et viscéral criblés de granulations, dont quelques-unes caséeuses, les glandes mésentériques hypertrophiées et toujours caséeuses, la rate toujours volumineuse, quelquefois tuberculeuse. Enfin un phénomène était constant : c'était l'existence de nombreuses adhérences solides reliant entre eux intestin et feuillets péritonéaux. En un mot la laparatomie tardive avait été incapable d'arrêter

complètement le processus morbide qui avait repris peu à peu sa marche envahissante.

Par contre, à l'autopsie des chiens opérés au premier stade de la péritonite, 12 jours après l'infection, l'expérimentateur put faire les constatations suivantes. Tous les tubercules observés à l'opération sur le péritoine viscéral et le mésentère avaient disparu. L'épiploon était normal, sauf la présence de quelques petits nodules; le péritoine était lisse, les anses intestinales étaient adhérentes à l'épiploon. Foie et rate normaux. Un lobe pulmonaire était hépatisé, mais sans tubercules.

La même action favorable de la laparatomie fut reconnue plus accentuée encore chez les trois chiens sacrifiés 52, 70 et 85 jours après l'opération. Chez ce dernier notamment, il n'y avait plus trace des tubercules constatés sur le péritoine viscéral, l'épiploon et le mésentère. Tout avait repris son aspect normal. A peine çà et là quelques parties épaissies. Les ganglions mésentériques étaient gros et durs. L'épiploon était soudé à la ligne de l'ancienne incision. Les autres viscères paraissaient sains.

Ayant de la sorte suivi pas à pas les lésions macroscopiques de la péritonite tuberculeuse dans tous les stades successifs de leur évolution, Stchégoleff a pu se rendre compte des transformations histologiques subies par les tissus morbides. Il lui a été facile d'examiner les lésions quand elles suivent leur évolution ordinaire ou quand celle-ci est arrêtée par une intervention soit tardive, soit précoce.

A l'examen histologique, l'épiploon des animaux témoins, morts de péritonite tuberculeuse généralisée,

chez lesquels, par conséquent, le processus tuberculeux n'avait été modifié par aucune thérapeutique, se présentait, dit l'auteur, sous forme « d'un néoplasme tuberculeux, peu vasculaire, constitué par l'accumulation « d'éléments ronds, mono et polynucléaires, séparés « par un nombre notable de cellules épithélioïdes. Par « place, on trouvait du tissu épiploïque encore normal, « mais déjà infiltré de leucocytes. Ailleurs, et le plus « souvent à la limite du tissu vivant et du tissu ayant « déjà subi la nécrose de coagulation, on trouvait un « développement de tissu conjonctif jeune, riche en « cellules fusiformes, très pauvre en tissu fibrillaire « interstitiel. Les tubercules étaient, par place, frappés de dégénérescence caséuse, et à la périphérie « de ces foyers caséux, on trouvait quelquefois une « zone mince de tissu conjonctif jeune, qui semblait « séparer le tissu vivant du tissu nécrosé. Les bacilles « habitaient surtout l'intérieur des cellules épithélioïdes ; « ils abondaient dans les foyers caséux. » C'était, en un mot, le tableau de la dégénérescence, de la caséification des nodules tuberculeux.

Ce tableau changeait chez les animaux opérés.

Si l'examen était fait avant la mort de l'animal sur une portion de péritoine prise pendant la laparatomie, l'évolution des tubercules variait suivant le degré d'intensité de l'affection.

Quand l'épiploon était épaissi, friable, l'examen histologique révélait une quantité innombrable de tubercules. Il y avait moins de cellules épithélioïdes que chez les témoins. L'infiltration des cellules rondes était moyenne, les bacilles étaient fibres.

Si l'épiploon avait été trouvé simplement hyperémié, peu épaissi, ne renfermant que quelques tubercules, son tissu n'était que faiblement infiltré de cellules embryonnaires, au milieu desquelles il y avait quelques cellules épithélioïdes.

L'autopsie des chiens opérés tardivement et qui n'avaient pas survécu plus de trente jours, avait montré avons-nous dit, que les lésions tuberculeuses un instant arrêtées dans leur évolution avaient repris leur marche envahissante.

Leur épiploon, comme celui des chiens témoins, apparaissait au microscope composé d'un produit tuberculeux uniforme, mais les produits de l'inflammation étaient bien plus nets. Au milieu des néoformations tuberculeuses, il s'était développé du tissu conjonctif en abondance. Ça et là ce tissu entourait largement les produit bacillaires en forme de foyers. Ailleurs, ce tissu conjonctif était déjà fibreux. Les tubercules nombreux renfermaient beaucoup de cellules épithélioïdes avec des bacilles en quantité, mais peu de ceux-ci étaient libres. Ailleurs encore, le produit tuberculeux resserré dans une zone conjonctive était caséifié et renfermait d'innombrables bacilles présentant déjà des signes de dégénérescence.

En résumé, la poussée conjonctive témoignait de l'arrêt des lésions sous l'influence de la laparatomie, et la dégénérescence de certains tubercules indiquait la continuation du processus. Ce qui le prouve, c'est que dans l'épiploon d'un des chiens dont l'autopsie avait montré la régression de la péritonite, il n'y avait que peu de cellules épithélioïdes et quelques rares foyers

caséux. Quant aux tubercules, ils étaient le point de départ de faisceaux de tissu conjonctif jeune et vasculaire.

Les mêmes transformations morbides furent constatées à l'examen histologique de l'épiploon des chiens sacrifiés longtemps après l'opération. Cinquante-deux jours après la laparatomie, des tubercules de l'épiploon, les uns étaient entourés de tissu conjonctif jeune, d'aspect fibrillaire. De leur périphérie s'échappaient des faisceaux conjonctifs se dirigeant vers le centre du nodule. Les autres se composaient presque exclusivement de cellules épithélioïdes contenant des cellules fusiformes riches en protoplasma. Les foyers caséux étaient très rares. Les bacilles peu nombreux et plus ou moins dégénérés habitaient les cellules épithélioïdes.

A un autre examen pratiqué sur l'épiploon d'un chien opéré soixante-dix jours auparavant, le tissu conjonctif avait pris un développement tel que les produits tuberculeux restants étaient devenus de petits amas de cellules disséminées au milieu du tissu conjonctif. Les tubercules n'étaient plus que des masses fibreuses et ne renfermaient pas de bacilles. La couche musculaire sous-jacente était infiltrée de quelques cellules embryonnaires.

M. Stchégoleff insiste sur ce fait : qu'il n'a jamais observé, sur les vingt-un cas examinés, la présence d'une seule cellule géante, ce qui, dit-il, « tenait probablement au développement rapide de la tuberculose chez les chiens infectés par voie péritonéale. »

Et, comparant ses résultats aux conclusions de M. Gatti, il conclut forcément que la régression des produits tuberculeux du péritoine, retrouvés après la

laparatomie, est due à un processus réactionnel aboutissant à la transformation fibreuse de ces produits tuberculeux. Et cette réaction est d'autant plus intense que l'irritation du péritoine traumatisé est plus grande.

De nouvelles recherches ont été faites ces années dernières par M. Saltykow (1), Assistant à l'Institut pathologique de Groningue, sur le rôle de la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse. Il a opéré sur trente lapins, inoculés avec 1/2, 1 anse 1/2, 1 tube de culture tuberculeuse sur pomme de terre glycélinée. Ils ont été laparatomisés dès l'apparition des premiers nodules dans l'abdomen. Les seize autres servirent de témoins.

Sur les quatorze lapins laparatomisés :

Deux ont succombé quelques heures après la laparatomie à la suite de narcose.

Un est mort accidentellement.

Deux ont succombé à la tuberculose généralisée au bout de 11 et 381 jours.

Deux sont morts 12 et 367 jours après l'incision, sans lésions tuberculeuses trop prononcées.

Sept ont été sacrifiés 3, 31, 56, 82, 164, 414, et 495 jours après la laparatomie.

Sur les seize lapins témoins :

Deux ont succombé à une pneumonie caséeuse, 97 et 138 jours après l'inoculation.

Un est mort de tuberculose généralisée 147 jours après l'inoculation.

---

(1) SALTYSKOW. — *Archives de médecine expérimentale et d'an. path.* juillet 1903, p. 570.

Trois sont morts de péritonite tuberculeuse, 10, 13, 15 jours après l'inoculation.

Trois sont morts cachectiques, bien que présentant des lésions tuberculeuses en voie de guérison.

Les autres ont été sacrifiés ou sont morts accidentellement.

Dans les deux groupes ci-dessus, il a donc été observé : des cas de péritonite tuberculeuse généralisée et des cas de survie à l'infection. Cette survie a été suffisamment longue pour être considérée comme une guérison au sens clinique. M. Saltykow a bien observé la métamorphose curative des lésions spécifiques, mais, il n'a pas constaté de différence aussi manifeste au profit des animaux laparatomisés, ainsi que l'avaient déclaré Kischensky et Stchégoleff.

Chez les lapins témoins comme chez les lapins opérés, il a retrouvé à l'autopsie de gros nodi diminués de volume, indurés et calcifiés, il a noté la disparition de petits nodules et surtout de granulations miliaires, la transformation d'un épiploon infiltré et épaissi en un épiploon fibreux et libre des granulations. Quelquefois, alors que la péritonite guérissait, le poumon était envahi. D'autres fois, les animaux étaient cachectiques malgré la guérison anatomo-pathologique des lésions.

Les caractères microscopiques de ces lésions ont encore confirmé l'opinion de M. Saltykow. Il a retrouvé après l'opération les mêmes granulations tuberculeuses, inaltérables dans leurs caractères principaux. Les granulations récentes types étaient constituées par des cellules épithélioïdes. Les cellules géantes, qui n'avaient pas été observées chez les chiens, existaient ici, mais

seulement dans les lésions avancées. Les cellules épithélioïdes étaient le point de départ de ramifications fibreuses qui augmentaient avec la vulgarisation du processus conjonctif. Les tubercules tantôt se modifiaient, tantôt restaient les mêmes. La quantité des bacilles de Kock et leur présence dans les cellules bordantes, n'ont pas paru être influencées par la laparatomie. Leur virulence semblait peu modifiée, malgré qu'ils aient paru fréquemment dégénérés. En un mot, la résultante de toutes ces constatations macroscopiques et microscopiques était qu'il n'existait pas d'altérations reconnues consécutives à la laparatomie. Pour l'auteur par conséquent, la guérison anatomique s'effectuerait peu à peu et absolument sous les mêmes formes que chez les animaux laparatomisés.

« Toutefois, conclut M. Saltykow, en présence de faits cliniques d'amélioration presque immédiate à la suite d'une laparatomie, nous ne nous croyons pas autorisés à nier l'efficacité de cette opération dans la péritonite tuberculeuse humaine. Il est possible qu'un agent aussi énergique que la laparatomie influence d'une manière ou d'une autre les lésions du péritoine. »

L'auteur admet donc cliniquement les phénomènes de régression consécutifs à la laparatomie, mais il n'a pu les constater anatomiquement. Et il reconnaît, d'accord avec M. Borchgrevink, que la granulation tuberculeuse demeure après la laparatomie, du moins le premier temps, inaltérable dans ses caractères principaux.

D'où vient que ces altérations ont été observées et affirmées par M. Stchégoleff? Peut être cela tient-il à la rapidité de l'évolution tuberculeuse chez les chiens

comparativement à celle des lapins, chez lesquels la transformation fibreuse exigerait plus de temps pour se réaliser.

D'autre part, la régression et la transformation des lésions ont été constatées maintes fois chez l'homme à l'autopsie de sujets qui avaient subi la laparatomie au cours d'une péritonite tuberculeuse.

L'influence clinique de la laparatomie est donc hors de conteste. Elle semble en effet donner un coup de fouet aux défenses naturelles de l'organisme. Peut-être cette stimulation est-elle due à une sécrétion toxique, bactéricide de la séreuse ou de la plaie. C'est ce qui expliquerait pourquoi des lésions pulmonaires s'amendent chez des sujets opérés d'appendicite, pourquoi certains cancers à évolution maligne ont rétrocedé pour un temps, après une simple incision exploratrice de la paroi abdominale (1).

Quant à l'action anatomique de l'intervention, peut-être est-elle plus complexe qu'elle ne le paraît. Peut-être la phagocytose intense et le développement actif du tissu conjonctif qui traduisent la réaction défensive de la séreuse, s'opèrent-ils mieux avec le concours simultané d'agents physiques tels que le traumatisme du péritoine, l'influence thermique, la pénétration de l'air dans l'abdomen, voire même l'action de la lumière.

---

(1) JABOULAY. — Leçons de clinique chirurgicale, *loc. cit.*

## CHAPITRE V

---

### Avantages de la laparatomie vaginale

Nous avons exposé déjà les avantages que présentait la voie vaginale dans telle et telle forme clinique de la péritonite tuberculeuse. Nous avons montré en même temps, qu'elles étaient ses principales indications et contre-indications.

Si on envisage cette laparatomie en elle-même, en tant qu'intervention, abstraction faite des cas auxquels elle convient, il faut lui reconnaître d'autres mérites, les uns immédiats, les autres éloignés, qui ne manqueront pas de lui attirer la sympathie des chirurgiens.

1° *Avantages immédiats.* — Elle est d'abord une intervention simple, à la portée de tous les praticiens, ne nécessitant ni l'outillage spécial, ni surtout les apprêts et le concours d'aides indispensables pour mener à bien une intervention abdominale. Il n'est pas plus difficile de pratiquer la colpotomie pour une péritonite que pour une salpingite ordinaire.

Bien plus, la colpotomie est une intervention tout à fait bénigne, quand on s'entoure des précautions aseptiques usuelles. Les incisions vaginales sont d'une innocuité remarquable, étant donné le milieu où elles sont pratiquées.

Il est étonnant, en effet, de voir combien cette région, si riche en micro-organismes, est en même temps bactéricide. C'est pourquoi la désinfection la plus élémentaire suffit à empêcher toute suppuration au niveau de la brèche qui se referme bientôt spontanément. Ce qui augmente encore cette bénignité, c'est que la réaction du péritoine pelvien est nulle. Peu ou pas d'hyperthermie, de schok opératoire, comme on en observe après les interventions par voie abdominale. La plupart du temps, la température redevient normale dès le second jour après l'opération et l'état général s'améliore très rapidement, s'il n'est survenu aucune complication dans le processus pathologique.

Étant donné comme certaine l'origine annexielle de la plupart des péritonites tuberculeuses observées chez la femme, la voie vaginale permet d'attaquer le mal à son foyer principal. Dans presque toutes les observations ci-dessus, le toucher vaginal avait révélé des lésions manifestes, soit du côté de la trompe, soit du côté de l'ovaire. Et en comparant le degré avancé de ces lésions, — ici une trompe transformée en un conduit noueux, nodulaire, là un ovaire rempli de petits abcès, bien souvent tout l'appareil annexiel plongeant dans un magma caséeux qui le pénétrait, — avec l'inflammation relative du péritoine à peine infiltré, il ressortait clairement que la séreuse n'avait été touchée que secondairement, par

contamination, par propagation. Rien alors de plus facile que de constater cette pathogénie et de guider ensuite sa thérapeutique.

La source d'infection ainsi découverte, il n'y a plus qu'à en rechercher l'étendue et à la faire disparaître. C'est là encore qu'apparaît la commodité de ce champ opératoire. Le doigt explorateur ayant franchi le cul-de-sac incisé, arrive directement sur les annexes, qu'il peut toucher, palper même. Il lui est aisé de se rendre compte si la trompe, l'ovaire, sont indemnes, comme il arrive dans certaines péritonites ayant une autre origine : il peut souvent, dans ce cas, constater la prédominance du processus dans le péritoine pelvien qui est infiltré, épaissi, criblé de granulations, suivant le degré des lésions.

Grâce à cette colpotomie, fût-elle seulement exploratrice, l'opérateur voit aussi quel parti il peut tirer de cette voie. S'il pénètre facilement jusqu'aux annexes, qu'il sente nettement la surface irrégulière, noduleuse de l'ovaire, la dureté spéciale, les nouures de la trompe, le tout transformé quelquefois en une poche purulente au milieu de laquelle bat l'artère utérine, il n'aura qu'à introduire un bistouri par la plaie, pour ponctionner cette poche ou détacher et enlever les annexes frappés de tuberculose. Et il pourra faire cette ablation sans manœuvres intempestives du côté de la masse intestinale, dont les adhérences seront respectées.

Si, au contraire, le toucher explorateur est rendu difficile, si pour pénétrer dans le Douglas le doigt rencontre un plan fibreux résistant, qui ne pourrait être franchi

qu'après avoir été effondré par force, l'opérateur n'insistera pas et abandonnera la voie vaginale.

Nous avons déjà montré que l'ascite ponctionnée, évacuée par la voie vaginale trouvait là pour s'écouler un plan naturellement et constamment déclive. Le drainage de la cavité pelvienne n'en est que plus facile parce qu'il est persistant, continu. Cette cavité peut donc se vider complètement des épanchements, soit séreux, soit séro-sanguins, soit séro-purulents qu'elle contient. Toutefois, il est important de savoir que l'évacuation exacte de l'exsudat hors de la cavité abdominale ne constitue pas la cause exclusive de la guérison. Cette condition avait paru indispensable à Vierordt et à Riva. Mais M. Stchégoleff a noté que chez les chiens, la guérison par la laparatomie s'observait justement dans les cas où pendant l'opération, il n'avait pas trouvé de liquide dans le péritoine.

Quoi qu'il en soit, cette évacuation spontanée, si elle n'est pas indispensable, est néanmoins utile à la guérison, et n'en constitue pas moins un avantage de la laparatomie vaginale.

Cela est si vrai, que les chirurgiens complètent fréquemment la laparatomie abdominale par la colpotomie postérieure, pour obtenir un drainage plus parfait de la cavité abdominale, ou pour rendre leur intervention plus efficace.

2° *Avantages éloignés.* — Les bienfaits de cette intervention bien indiquée sont encore appréciables dans ses résultats éloignés.

L'incision abdominale est très souvent, dans la suite,

le point de départ d'adhérences reliant la paroi à un paquet d'anses intestinales. Celles-ci plus ou moins soudées entre elles en entraînent d'autres, et toute cette masse vient exercer sur la face postérieure de cette paroi une pression continue. Quand cette pression est d'ancienne date, que la musculature et le tissu cellulaire ont souffert de l'amaigrissement, la paroi cède insensiblement devant la poussée viscérale. Peu à peu, son épaisseur diminue ou bien les grands droits s'écartent et il en résulte une éventration, une véritable hernie abdominale très gênante, et tout aussi dangereuse dans ses complications qu'une hernie inguinale ou crurale.

Rien de pareil n'est à craindre pour l'incision vaginale. Au contraire, dans les cas où elle est recommandable, cette incision supprime la poussée dont le cul-de-sac était l'objet de la part, soit d'une collection séreuse ou purulente, soit de masses annexielles tuberculeuses. Celles-ci écoulées, la pression cesse, et la plaie vaginale se ferme et guérit avec une facilité incroyable.

Tels sont bien établis, les avantages immédiats et éloignés de la laparatomie vaginale, quand les indications l'imposent, pour ainsi dire, au choix du chirurgien.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — D'après les statistiques et les observations cliniques, la plupart des péritonites tuberculeuses reconnaissent chez la femme une origine annexielle.

II. — Les formes cliniques que l'on observe (formes ascitique, caséeuse, fibreuse) sont identiques aux formes décrites dans la péritonite tuberculeuse ordinaire. Néanmoins les signes physiques abdominaux présentent un caractère plus particulier, et les indications fournies par l'examen des organes pelviens acquièrent une importance manifeste pour le diagnostic étiologique.

III. — La laparatomie vaginale a les mêmes indications générales que la laparatomie abdominale. Elle peut être pratiquée de préférence dans les formes ascitiques enkystées ou non — quelle que soit d'ailleurs l'origine de la péritonite — quand cette voie facilite l'écoulement de l'ascite par le cul-de-sac de Douglas, on rend plus commode l'exploration ou l'ablation des annexes.

Les effets curateurs de la laparatomie vaginale paraissent

sent être ici les mêmes que ceux obtenus par la voie abdominale.

Dans les formes caséeuses avec ou sans ulcération, l'incision vaginale n'est justifiée que dans le cas où une collection purulente fait saillie dans le Douglas. On pratique alors la colpotomie postérieure.

Dans les formes fibreuses avec ou sans ascite, la voie vaginale est aveugle et expose à des blessures d'organes. On doit donc lui préférer l'incision abdominale qui, dans les cas d'adhérences multiples, n'est elle-même pas exempte de dangers.

IV. — Les observations de péritonites tuberculeuses guéries par la laparatomie vaginale permettent de considérer que celle-ci a une efficacité et un mode d'action identique à celui de la laparatomie abdominale.

D'après les travaux d'expérimentation tentés ces dernières années pour élucider cette question, il semble résulter que ce mode d'action est complexe. La laparatomie irriterait le péritoine. Cette irritation se traduirait par une phagocytose intense et un actif développement de tissu fibreux cicatriciel au niveau des lésions qui seraient encore influencées par le traumatisme, l'air, la lumière et peut-être aussi par une sécrétion bactéricide de la séreuse ou de l'incision.

V. — Quand elle est praticable, la laparatomie vaginale présente les avantages suivants :

C'est une intervention simple et bénigne en raison du peu de réaction du péritoine pelvien et de l'innocuité des incisions vaginales.

Elle permet, dans les cas d'origine annexielle, d'attaquer le foyer même de l'infection, de le supprimer même, sans manœuvres intempestives sur la masse intestinale, sans ruptures d'adhérences ni lésions d'organes.

Enfin, elle évite la formation d'adhérences entre la paroi, le péritoine et l'intestin, comme on en observe fréquemment à la suite des incisions abdominales, et qui aboutissent insensiblement à l'éventration.

Vu :

*Le Président de la Thèse,*

JABOULAY

Vu :

*Le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 janvier 1904.

*Le Recteur,*

*Président du Conseil de l'Université,*

GABRIEL COMPAYRÉ.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ALDIBERT. — De la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse, thèse de Paris, 1892.
- BAGINSKY, HEUBNER. — Discussion à la suite de la communication Cassel. Geheilte Bauchfelltuberculose bei Kindern. Verein f. inn. med. Berlin (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1900, Vereinsbeil, p. 165).
- BERNÜTZ et GOUPIL. — 1862, Clinique médicale sur les maladies des femmes.
- BOUILLY. — Société de chirurgie, octobre 1893. *Semaine gynécologique*, décembre 1896.
- BORCHGREVINK. — Zur Kritik der Laparatomie bei der serösen Bauchfelltuberculose. Ein Klinischer und experimenteller Beitrag zur Lehre von der Bauchfelltuberculose (*Mitteil aus d. Grenzgeb. d. med. u. Chir.* 1900, Bd 6, p. 434).
- BROUARDEL. — Tuberculose des organes génitaux chez la femme. Thèse de Paris, 1865.
- BRUNN (Von). — Ueber Peritonitis. Zusammenf. Ref. üb. d. Peritonitis-Literatur der Jahre 1885-1900 (*Centrabl. f. Path.*, 1901. Bd. XIII, p. 1 et 65). — Zur Frage der Heilwirkung der Laparatomie bei Bauchfelltuberculose, p. 21 et 142.

- BURGHAUSEN. — Ueber die Tuberculose des Peritoneums (Diss. Tubingen, 1889).
- BYFORD. — The intestinal treatment of tuberculous Peritonitis (*Annals of surgery*, 1889, vol. 30, p. 253).
- CHÉRON. — *Revue médico-chirurgicale des maladies de femmes*, 1889.
- CHURTON, BARRS. — Discussion à la suite de la communication de Hellier. The treatment of tuberculous Peritonitis by abdominal section. Leeds and west Riding méd. chir. Soc. (*Brit. med. Journ.*, 1892, p. 1390).
- CONDAMIN. — De la laparatomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelvienne. *Province médicale*, 1895.
- CONITZER. — Zur operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose im Kindesalter (*Deutsche med. Woch.*, 1893, XIX, p. 688).
- CORLEY, FRAZER. — Discussion à la suite de la communication de O'Callaghan. The treatment of tubercular peritonitis by abdominal section and flushing out without drainage (*Dublin med. Journal*, 1889, vol. 87, p. 472 et 535. Cité suivant von Brunn).
- DACLIN. — Laparatomie vaginale dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme pelvienne. Thèse de Lyon, 1895.
- DAURIOS (Paul). — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital chez la femme. Thèse de Paris, 1888.
- DERVAUX. — De la tuberculose génitale de la femme et de ses complications péritonéales (ascite tuberculeuse et péritonite enkystée). Thèse de Paris, 1902.
- EHLER. — Ueber Peritonitis tuberculosa (*Münch. med. Woch.*, 1900, 47 Jahrg. II, p. 1823).
- EWALD. — Discussion à la suite de la communication Jessier.

- GATTI. — Sub processo intimo di regressione della Peritonite tubercolare per la laparatomia semplice (*Riforma medica*, 1894, vol. I, p. 627); Ueber die feinaren histologischen Vorgänge bei der Rückbildung der Bauchfelltuberculose nach einfachem Bauchschnitt (*Archiv. f. Kl. Chir.*, Bd 53, p. 645 et 709).
- GOROWITZ (Mlle). — Péritonite tuberculeuse à point de départ génital. *Revue de Chirurgie*, 1901, tome II, p. 334.
- GRATIEN. — De l'influence curative de la laparatomie. Thèse de Paris, 1894.
- HEGAR. — Entstehung, Diagnose und chirurgische Behandlung der Genital tuberculose des Weibes. Stuttgart, 1886. Cité par Vierordt. Ueber die Tuberculose des serösen Häute (*Zeitschr. f. Kl. med.*, 1888, Bd 13, p. 174).
- HERRINGHAM. — On chronic peritonitis with especial reference to that form, which is caused by tubercle, and a discussion upon its treatment (*St. Barthol. hosp. Reports*, 1893, vol. 29, p. 63), cité d'après von Brunn.
- JABOULAY. — Leçons de clinique chirurgicale.
- JESSIER. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (XIII<sup>e</sup> Congrès international. Paris, 1900. Section de pathologie générale. *Semaine médicale*, p. 287).
- KISCHENSKY. — Experimentale Untersuchungen über den Einfluss der Laparatomie auf die Bauchfelltuberculose der Thiere (*Centralbl. f. Path.*, 1893, Bd 4, p. 65).
- KÖNIG. — Ueber den Hydropstuberculosus der peritonealhöle und seine Behandlung. Intern. Congress. in Berlin (*Berl. Kl. Woch.*, p. 739).
- LAUPER. — Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse. Thèse de Berne, 1901. *Gynækologia Helvetica*, 1902, p. 112.

- LEVI-SURUGUE. — Reproduction expérimentale des différentes formes de la tuberculose péritonéale (*Revue de médecine* 1893, t. XVIII, p. 638).
- LEYDEN. — Discussion à la suite de la communication de Cassel. Geheilte Bauchfelltuberculose bei Kindern. Verein f. innere Med. (*Berlin Deutsche med. Woch.*, 1900. *Vereinsbeil* p. 166).
- MAISSIA (de). — Des salpingo-ovarites tuberculeuses. Thèse de Paris, 1891.
- MARTINEAU. — *France médicale*, 1878, p. 809 et 811.
- MAURANGE. — De l'Intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. Etude critique et statistique. Thèse de Paris, 1888.
- NANOTTI et BACIOCCHI. — Experimenti sugli effetti della laparatomia nella peritonite tubercolar (*Riforma med.*, 1893, n° 146. Il Polyclinico, 1894, n° 5 ; — *Annali della Universita Toscane*. Science cosmologische, XX, Pisa, 1895). Cité suivant Gatti, 1896.
- NÉLATON. — *Annales de gynécologie*, 1896.
- PETER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1871.
- PIC. — Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et localisées. Thèse de Lyon, 1890.
- PRIBRAM. — Ueber Therapie der Bauchfelltuberculose mit besonder Berücksichtigung der Laparatomie (*Prag. med. Woch*, 1887, XIII. Jahrg. p. 295).
- ROERSCH. — Du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (*Revue de Chirurgie*, 1893, tome XIII, p. 529).
- ROSAL. — Quelques considérations sur la pelvi-péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1893.
- SALTIKOW. — Recherches expérimentales sur le rôle de la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse. *Arch. de med. experim.*, juillet 1903, fasc. 4.

- SEYCHRON. — Du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (*Nouv. arch. d'obstétrique et de gynécologie*, 1887, n° 11. Cité d'après *Virch-Hirsch. Jahrsb. f.* 1887, II, p. 698).
- STCHÉGOLEFF. — Recherches expérimentales sur l'influence de la laparatomie sur la péritonite tuberculeuse (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1894, tome VI, p. 649).
- TALAMON. — Annales de gynécologie, 1878.
- TERRILLON. — Salpingite tuberculeuse. Bulletin médical 1899.
- VIERORDT. — Ueber die Peritonealtuberculose, besonders über die Frage ihrer Behandlung (*D. Arch. f. k. med.*, 1890, Bd 46, p. 369).
- WARKER (van der). — Laparatomy as a cure for tuberculosis of the peritoneum (*The Americ. journ. of obstetr.* 1887, vol. XX, p. 932).
- WASSILEWSKI. — Ueber der Einfluss des Bauchschnittes auf dem pathologisch-anatomischen Bau des Peritoneum-tuberkels (Dissert., 1895. Saint-Petersbourg cit. *Virchow-Hirsch. Jahresber f.* 1895 II p. 352). — Etude anatomo-pathologique sur l'influence de la laparatomie sur la péritonite tuberculeuse (*Arch des sciences biologiques*, Saint-Petersbourg, 1896, t. IV, cit. *Virch-Hirsch, Jahresb, f.* 1896, p. 326).
- WILLIAMS HADDEM. — Discussion à la suite de la communication Finlay, A case of tuberculons Peritonitis and double Pleurisy, resulting in Recovery (Clinic. soc. of London *Brit. med. Journ.* 1890, vol. II, p. 104).
-



---

LYON. — IMPRIMERIE WALTENER & Cie

3, Rue Stella,

---





